

2026

Evidencia de Cobertura

Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP)

Ohio H9955-008-000

En vigor desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026

Manual del miembro de Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP)

01/01/2026–12/31/2026

Su cobertura médica y de medicamentos con Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP)

Introducción al Manual del Miembro

En este *Manual del Miembro*, también conocido como Evidencia de Cobertura, se le informa acerca de su cobertura de nuestro plan hasta el 12/31/2026. Le va a explicar sobre los servicios de atención médica, la cobertura médica de salud conductual, la cobertura de medicamentos recetados, y sobre los servicios de exención basados en el hogar y en la comunidad (también conocidos como servicios y apoyos a largo plazo). Los servicios y apoyos a largo plazo le ayudan a usted a permanecer en su casa en lugar de acudir a una residencia para ancianos o a un hospital. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el **Capítulo 12** de este *Manual del Miembro*.

Este es un documento legal importante. Consérvelo en un lugar seguro.

Cuando en este *Manual del Miembro* se mencionan las palabras “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, se hace referencia a Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP).

Puede obtener esta información sin cargo en otros formatos, como en letra de molde grande, sistema braille o audio llamando al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de esta página. La llamada es gratuita.

Para solicitar el idioma preferido del miembro distinto del inglés o un formato alternativo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.

- Mantendremos un registro de las preferencias de idiomas y/o preferencias de formato de nuestros miembros y conservaremos esta información como una solicitud permanente para futuras comunicaciones y envíos por correo. Esto garantizará que nuestros miembros no tengan que realizar una solicitud independiente cada vez.
- Para cambiar una solicitud permanente, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5831, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.

Exenciones de responsabilidad

- ❖ Los beneficios o copagos pueden cambiar el 1 de enero de 2027.
- ❖ Molina Healthcare es un plan C-SNP, D-SNP y HMO con un contrato de Medicare. Los planes D-SNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción depende de la renovación del contrato.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Estas llamadas son gratuitas. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

H9955_26_008_OH_EOC_C

- ❖ Nuestros medicamentos cubiertos, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.

Índice

Capítulo 1:	Primeros pasos como miembro	4
Capítulo 2:	Números telefónicos y recursos importantes	14
Capítulo 3:	Cómo utilizar nuestra cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos	29
Capítulo 4:	Tabla de beneficios	50
Capítulo 5:	Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan	114
Capítulo 6:	Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de Medicaid y Medicare ..	134
Capítulo 7:	Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos	150
Capítulo 8:	Sus derechos y responsabilidades	155
Capítulo 9:	¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	168
Capítulo 10:	Finalizar su membresía en nuestro plan	210
Capítulo 11:	Avisos legales	220
Capítulo 12:	Definiciones de términos importantes	223

Capítulo 1: Primeros pasos como miembro

Introducción

Este capítulo incluye información acerca de Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP), un plan médico que cubre todos los servicios de Medicare y Medicaid, y su membresía en él. También le indica qué esperar y qué otra información obtendrá de nosotros. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Bienvenido a nuestro plan	5
B. Información acerca de Medicare y Medicaid	5
B1. Medicare	5
B2. Medicaid	5
C. Ventajas de nuestro plan	6
D. Área de servicio de nuestro plan	6
E. ¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan?	7
F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan médico	8
G. Su equipo de cuidado y su plan de cuidado	8
G1. Equipo de atención	8
G2. Plan de cuidado	8
H. Sus costos mensuales para Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP)	9
I. Este Manual del Miembro	9
J. Otra información importante que obtiene de nosotros	9
J1. Su Tarjeta de Identificación de Miembro de Molina Complete Care for MyCare Ohio	9
J2. <i>Directorio de Proveedores y Farmacias</i>	10
J3. <i>Lista de Medicamentos Cubiertos</i>	11
J4. <i>La Explicación de Beneficios</i>	12
K. Cómo mantener su registro de membresía actualizado	12
K1. Privacidad de su información médica personal (PHI)	13

A. Bienvenido a nuestro plan

Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) ofrecido por Molina Healthcare of Ohio, es un Plan Dual de Necesidades Especiales Totalmente Integrado (FIDE D-SNP). Un Plan Dual de Necesidades Especiales Totalmente Integrado es una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de apoyo y servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene coordinadores de cuidados y equipos de atención, quienes le ayudan a usted a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan en forma conjunta para proporcionar la atención que usted necesita.

Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) fue aprobado por el Departamento de Medicaid de Ohio (Ohio Department of Medicaid, ODM) y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) para proporcionarle a usted los servicios como parte del programa MyCare Ohio.

El programa MyCare Ohio es un programa conjuntamente operado por ODM y el gobierno federal para proporcionar una mejor atención médica para las personas que tienen Medicare y Medicaid.

B. Información acerca de Medicare y Medicaid

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro médico para las siguientes personas:

- personas de 65 años de edad o mayores,
- algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, **y**
- personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

B2. Medicaid

Medicaid es el nombre del programa Medicaid de Ohio. Medicaid es operado por el estado y pagado por el estado y el gobierno federal. El programa de Medicaid ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por Servicios y Apoyo a Largo Plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) y costos médicos. Cubre servicios y medicamentos adicionales que no tienen cobertura por Medicare.

Cada estado decide:

- qué cuenta como ingreso y recursos,
- quién es elegible,
- qué servicios están cubiertos **y**
- el costo de los servicios.

Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa, con la condición de que respeten las normas federales.

Medicare y el estado de Ohio aprobaron nuestro plan. Usted puede obtener servicios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan siempre que:

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

- nosotros decidamos ofrecer el plan y
- Medicare y el estado de Ohio nos permiten continuar ofreciendo este plan.

Incluso si nuestro plan deja de operar en el futuro, no se verá afectada su elegibilidad para servicios de Medicare y Medicaid.

C. Ventajas de nuestro plan

Ahora obtendrá todos sus servicios cubiertos de Medicare y Medicaid de nuestro plan, incluidos los medicamentos. **Usted no paga más para inscribirse en este plan médico.**

Ayudamos a que sus beneficios de Medicare y Medicaid funcionen mejor en conjunto para usted. Algunas de las ventajas incluyen las siguientes:

- Puede acudir a nosotros para la **mayoría** de sus necesidades de atención médica.
- Cuenta con un equipo de atención médica constituido con su ayuda. Su equipo de atención puede estar conformado por usted, su cuidador, médicos, enfermeros, asesores u otros profesionales de la salud.
- Tiene acceso a un coordinador de cuidados. Esta es una persona que trabaja con usted, con nuestro plan y con su equipo de atención para ayudar a elaborar un plan de atención médica.
- Puede dirigir su propia atención médica con la ayuda de su equipo de atención médica y su coordinador de cuidados.
- Su equipo de atención y el coordinador de cuidados trabajan con usted con el fin de desarrollar un plan de atención diseñado para satisfacer **sus** necesidades de salud. El equipo de atención le ayuda a coordinar los servicios que necesita. Por ejemplo, esto significa que su equipo de atención se asegura de lo siguiente:
 - Que sus médicos sepan sobre todos los medicamentos que usted toma, para asegurarse de que el tratamiento sea el adecuado y reducir cualquier efecto secundario que pueda tener.
 - Que los resultados de sus pruebas se compartan con todos sus médicos y otros proveedores, según corresponda.

D. Área de servicio de nuestro plan

Molina Complete Care for MyCare Ohio está disponible sólo para las personas que viven en nuestra área de servicio. Para continuar siendo miembro de nuestro plan, usted tendrá que seguir viviendo en esta área de servicio.

A partir de 2026, nuestra área de servicio se ampliará con el lanzamiento del programa Next Generation of MyCare Ohio. Consulte la tabla a continuación para obtener una lista de condados y sus fechas de entrada en vigor asociadas.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Ohio:

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Fechas de entrada en vigor:	Condados:
Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2026	Butler, Clark, Clermont, Clinton, Columbiana, Cuyahoga, Delaware, Franklin, Fulton, Geauga, Greene, Hamilton, Lake, Lorain, Lucas, Madison, Mahoning, Medina, Montgomery, Ottawa, Pickaway, Portage, Stark, Summit, Trumbull, Union, Warren, Wayne, Wood
Del 1.º de abril al 31 de diciembre de 2026	Ashtabula, Defiance, Erie, Fairfield, Fayette, Henry, Licking, Paulding, Pickaway, Portage, Sandusky, Williams
Del 1.º de mayo al 31 de diciembre de 2026	Allen, Ashland, Auglaize, Champaign, Crawford, Darke, Hancock, Hardin, Huron, Knox, Logan, Marion, Mercer, Miami, Morrow, Preble, Putnam, Richland, Seneca, Shelby, Van Wert, Wyandot
Del 1.º de junio al 31 de diciembre de 2026	Adams, Brown, Gallia, Highland, Jackson, Lawrence, Pike, Ross, Scioto, Vinton
Del 1.º de julio al 31 de diciembre de 2026	Belmont, Carroll, Coshocton, Guernsey, Harrison, Holmes, Jefferson, Muskingum, Tuscarawas
Del 1.º de agosto al 31 de diciembre de 2026	Athens, Hocking, Meigs, Monroe, Morgan, Noble, Perry, Washington

Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan. Si usted se muda, debe informar sobre su mudanza al Departamento de Empleo y Servicios de Familia (Department of Job and Family Services) de su Condado. Si se muda a otro estado, deberá solicitar Medicaid en el nuevo estado. Consulte el Capítulo 8 de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera del área de servicio.

E. ¿Qué requisitos debe reunir para ser elegible como miembro del plan?

Es elegible para ser miembro de nuestro plan si cumple con los siguientes requisitos:

- vive en nuestra área de servicio (las personas encarceladas no se consideran residentes del área de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella), **y**
- tiene Medicare Part A y Medicare Part B, **y**
- es un ciudadano de los Estados Unidos o está presente de manera legal en los Estados Unidos, **y**
- es elegible actualmente para Medicaid, **y**
- no está inscrito en el Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE), **y**

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

- no tiene otra cobertura válida de terceros, **y**
- no es recluso de instituciones públicas, **y**
- no es una persona con discapacidad intelectual que cumpla con ciertos criterios y reciba servicios de exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS), **y**
- no es una persona con discapacidades intelectuales que recibe servicios a través de un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF-IDD).

Si pierde la elegibilidad pero se espera que la recupere en un plazo de 6 meses, aún es elegible para nuestro plan.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

F. Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan médico

Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, recibe una evaluación de riesgos de la salud (Health Risk Assessment, HRA) en un plazo de 90 días antes o después de la fecha de entrada en vigor de su inscripción.

Debemos completar una HRA para usted. Esta HRA es la base para desarrollar su plan de cuidado. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud conductual y funcionales. La evaluación también nos ayuda a satisfacer sus necesidades de transporte, alimentos, vivienda y otros recursos comunitarios.

Nos comunicamos con usted para completar la HRA. Podemos completar la HRA mediante una consulta presencial, una llamada telefónica o por correo.

Le enviaremos más información sobre esta HRA.

G. Su equipo de cuidado y su plan de cuidado

G1. Equipo de atención

Un equipo de atención puede ayudarlo a seguir recibiendo la atención que necesita. Este equipo puede incluir a su médico, al coordinador de cuidados o a otro personal de salud de su elección.

El coordinador de cuidados es una persona capacitada para ayudarlo a administrar la atención que necesita. Obtiene un coordinador de cuidados cuando se inscribe en nuestro plan. Esta persona también lo puede derivar a otros recursos comunitarios que es posible que nuestro plan no proporcione y trabajará con su equipo de atención para ayudar a coordinar su atención. Llámenos a los números que aparecen al final de la página para obtener más información sobre su coordinador de cuidados y equipo de atención.

G2. Plan de cuidado

Su equipo de atención trabaja con usted para elaborar un plan de cuidado. El plan de cuidado les indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye a su médico, coordinador de servicios de exención (si el miembro está inscrito en la exención de MyCare), trabajadores sociales,

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

profesionales independientes con licencia para trastornos de salud mental y abuso de sustancias, gerontólogos, especialistas en vivienda, especialistas en transporte y trabajadores de salud comunitarios.

Su plan de cuidado incluye lo siguiente:

- sus metas de atención médica y
- un cronograma para obtener los servicios que necesita.

Su equipo de atención se reúne con usted después de la HRA. Le preguntan por los servicios que necesita. También le informan sobre los servicios que puede considerar obtener. Su plan de cuidado se elabora según sus necesidades y metas. El equipo de atención trabaja con usted para actualizar su plan de cuidado al menos una vez por año.

H. Sus costos mensuales para Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP)

Molina Complete Care for MyCare Ohio no tiene una prima mensual del plan.

I. Este Manual del Miembro

Este *Manual del Miembro* es parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que tenemos que seguir todas las normas en este documento. Si usted considera que hicimos algo que va en contra de estas normas, puede apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Para solicitar un *Manual del Miembro*, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página. También puede consultar el *Manual del Miembro* en nuestro sitio web que aparece al final de la página.

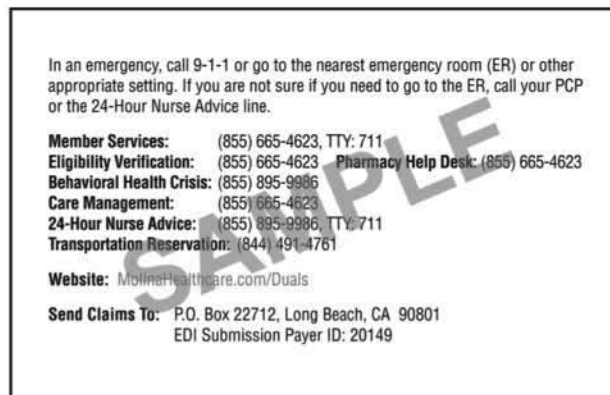
El contrato está vigente durante los meses en que está afiliado a nuestro plan, entre el 01/01/2026 y el 12/31/2026.

J. Otra información importante que obtiene de nosotros

Otra información importante que le proporcionamos es su Tarjeta de Identificación del Miembro, información sobre cómo acceder a un *Directorio de Proveedores y Farmacias* e información sobre cómo acceder a la *Lista de Medicamentos Cubiertos*, también conocida como *Lista de medicamentos o Formulario*.

J1. Su Tarjeta de Identificación de Miembro de Molina Complete Care for MyCare Ohio

En nuestro plan, tiene una tarjeta para sus servicios de Medicare y Medicaid, incluidos los LTSS, ciertos servicios de salud conductual y recetas médicas. Esta tarjeta se muestra cuando recibe cualquier servicio o receta médica. A continuación, encontrará un ejemplo de la Tarjeta de Identificación del Miembro:



Si daña, pierde o le roban su Tarjeta de Identificación del Miembro, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página de inmediato. Le enviaremos una nueva tarjeta.

Siempre que sea miembro de nuestro plan, no necesita usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare o su tarjeta de MyCare para obtener la mayoría de los servicios. Mantenga las tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite en el futuro. Si exhibe su tarjeta de Medicare en lugar de su Tarjeta de Identificación del Miembro, el proveedor puede facturarle a Medicare en lugar de a nuestro plan y usted podría recibir una factura. Es posible que le soliciten exhibir su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios o en centros de cuidados paliativos, o si necesita participar en estudios de investigación clínica, también denominados ensayos clínicos, aprobados por Medicare. Consulte el **Capítulo 7** de este Manual del Miembro para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

J2. Directorio de Proveedores y Farmacias

En el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, se enumeran los proveedores y las farmacias de la red de nuestro plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá utilizar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos.

Puede solicitar un *Directorio de Proveedores y Farmacias* (en formato electrónico o impreso) llamando al Departamento de Servicios para Miembros a los números al final de la página. Las copias impresas de Directorios de Proveedores y Farmacias solicitadas se le enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles. También puede consultar el *Directorio de Proveedores y Farmacias* en el sitio web que aparece al final de la página.

Definición de proveedores de la red

- En nuestra red se incluyen los siguientes proveedores:
 - médicos, personal de enfermería y otros profesionales de atención médica a los que puede acudir como miembro de nuestro plan;
 - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que proporcionan servicios médicos en nuestro plan; y

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

- servicios de salud conductual, incluidos, entre otros, el tratamiento asistido por medicamentos (MAT), los trastornos por consumo de sustancias (SUD), salud mental y otros proveedores comunitarios de salud conductual; **y**
- proveedores de apoyo y servicios a largo plazo (LTSS) que no sean centros de enfermería, incluidos proveedores diurnos para adultos, centros de asistencia para las actividades de la vida diaria, agencias de atención médica domiciliaria, comidas a domicilio, asistente de atención médica domiciliaria, asistencia en el hogar, modificación del hogar, cuidado personal, servicios privados de enfermería y exención de los servicios de enfermería; **y**
- proveedores de equipo médico duradero (DME), transporte, atención de la vista, atención dental y otros que proporcionan bienes y servicios a través de Medicare o Medicaid.

Los proveedores de la red acuerdan aceptar el pago de nuestro plan por los servicios cubiertos como pago total.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son farmacias que aceptan surtir las recetas de los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee utilizar.
- Excepto durante una emergencia, debe surtir sus recetas médicas en una de nuestras farmacias de la red si desea que nuestro plan le ayude a pagarlas.

Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página. Tanto el Departamento de Servicios para Miembros como nuestro sitio web pueden brindarle la información más actualizada con respecto a los cambios en los proveedores y las farmacias de la red.

J3. Lista de Medicamentos Cubiertos

Nuestro plan tiene una *Lista de Medicamentos cubiertos*. La llamamos *Lista de Medicamentos* para abreviar. Le indica qué medicamentos cubre nuestro plan. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por nuestro plan con el asesoramiento de un equipo de médicos y farmacéuticos. La *Lista de Medicamentos* debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados bajo el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare (Medicare Drug Price Negotiation Program) se incluirán en su *Lista de medicamentos* a menos que hayan sido eliminados y reemplazados como se describe en el **Capítulo 5, Sección B**. Medicare aprobó la *Lista de medicamentos* de Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP).

La *Lista de Medicamentos* también le indica si hay reglas o restricciones sobre algún medicamento, como el límite en la cantidad que usted puede obtener. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información.

Cada año, le enviaremos la *Lista de Medicamentos*, pero pueden ocurrir algunos cambios durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre los medicamentos cubiertos, llame al

Departamento de Servicios para Miembros o visite nuestro sitio web en la dirección que aparece al final de la página.

J4. La Explicación de Beneficios

Cuando utilice los beneficios de medicamentos de Medicare Part D, le enviaremos un informe resumido para ayudarle a comprender y mantener un registro de los pagos realizados por sus medicamentos de Medicare Part D. Este informe resumido se denomina *Explicación de Beneficios* (Explanation of Benefits, EOB).

En la EOB, se informa la suma total que usted, u otros en su nombre, gastaron en los medicamentos de Medicare Part D y la suma total que nosotros pagamos por cada uno de estos durante el mes. Esta EOB no es una factura. En la EOB, se encuentra más información sobre los medicamentos que toma. En el **Capítulo 6** de este *Manual del Miembro*, se proporciona información adicional acerca de la EOB y cómo puede ayudarle a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

Usted también puede solicitar una EOB. A fin de obtener una copia, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página.

K. Cómo mantener su registro de membresía actualizado

Para mantener su registro de membresía actualizado, díganos si cambia su información.

Necesitamos esta información para asegurarnos de que tenemos su información correcta en nuestros registros. Los médicos, los hospitales, los farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y sus montos de distribución de costos. Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos de inmediato sobre lo siguiente:

- cambios de nombre, dirección o número de teléfono;
- cambios de cualquier otra cobertura de seguro médico, por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o de su pareja de hecho, o indemnización al trabajador;
- cualquier reclamo por responsabilidad civil, como reclamos por accidentes de automóvil;
- admisión a un centro de enfermería u hospital;
- atención en un hospital o una sala de emergencias;
- cambios en su cuidador (o cualquiera que sea responsable de usted); **y**
- si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** no tiene la obligación de informarnos acerca de los estudios de investigación clínica en los que desea participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si cambia su información, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Autoservicio para miembros en línea y móvil

Usted puede actualizar su información en línea con My Molina, un sitio web protegido con contraseña. My Molina se encuentra disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para registrarse, visite MyMolina.com.

Use My Molina para:

- Cambiar su dirección o número de teléfono.
- Encontrar o cambiar de proveedores.
- Ver, imprimir o solicitar su tarjeta de identificación.
- Presentar una queja.
- Ver su historial de reclamaciones.
- Ver su perfil médico (evaluaciones, condiciones, plan de cuidado).
- Compartir sus registros con su equipo de atención.
- Recibir recordatorios de salud para los servicios que necesita.
- Enviar un mensaje a su coordinador de cuidados.

Aplicación móvil My Molina para teléfonos inteligentes

Puede ver información sobre su plan en cualquier momento y lugar con la aplicación My Molina Mobile. Descargue la aplicación en el iPhone App Store o en Google Play sin costo alguno.

Inicie una sesión en la aplicación con su identificación (ID) de usuario y contraseña de My Molina o presione “New user?” (“¿Usuario nuevo?”) para registrarse.

Use la aplicación My Molina Mobile para realizar lo siguiente:

- Ver o enviar su tarjeta de identificación por fax o correo electrónico.
- Llamar a la Línea 24 horas de Consejos de Enfermería, al Departamento de Servicios para Miembros, Transporte, Coordinación de Cuidados y a otros servicios de apoyo.
- Encontrar, cambiar o marcar como favorito a sus proveedores.
- Encontrar una farmacia o centro de atención de emergencia.
- Obtener información sobre sus síntomas si está enfermo (solo usuarios de Android).
- Ver su historia clínica personal y su historial de servicios.
- Ver su Resumen de Beneficios.

K1. Privacidad de su información médica personal (PHI)

La información en su registro de membresía puede incluir información médica personal (PHI). Las leyes estatales y federales requieren que mantengamos su PHI en privado. Protegemos su PHI. Para obtener más información acerca de cómo protegemos su PHI, consulte el **Capítulo 8** de este *Manual del Miembro*.



Capítulo 2: Números telefónicos y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le da información de contacto de recursos importantes que pueden ayudarlo a contestar preguntas acerca de nuestro plan y de sus beneficios de atención médica. También puede usar este capítulo para obtener información acerca de cómo comunicarse con su coordinador de cuidados y otros para defenderlo. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Departamento de Servicios para Miembros	15
B. Su Coordinador de Cuidados	18
C. Ohio Senior Health Insurance Information Program (OSHIIP)	19
D. Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO)	20
E. Medicare	21
F. Medicaid	22
G. MyCare Ohio Ombudsman	23
H. Programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos	23
H1. Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare	23
H2. Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP)	24
H3. El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare	25
I. Seguro Social	25
J. Junta de Retiro Ferroviario (RRB)	26
K. Otros recursos	27

A. Departamento de Servicios para Miembros

LLAME AL	(855) 665-4623. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Existen otras opciones luego del horario de atención normal. Estas incluyen el autoservicio y el correo de voz. Utilice estas opciones los fines de semana y días festivos. Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
FAX	Para el Departamento de Servicios para Miembros: Fax: (310) 507-6186 Para los servicios de la Parte D (recetas médicas): Fax: (866) 290-1309 Para Quejas y Apelaciones: Fax: (562) 499-0610
ESCRIBA A	Para el Departamento de Servicios para Miembros: Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802 Para los servicios de la Parte D (recetas médicas): 7050 Union Park Center Suite 600 Midvale, UT 84047 Si nos envía una apelación o queja, puede utilizar el formulario que está en el Capítulo 9. También puede escribirnos una carta en la que nos explique su pregunta, problema, queja o apelación. Para Quejas y Apelaciones: Attention: Grievance and Appeals P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
PÁGINA WEB	MolinaHealthcare.com/Medicare

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener ayuda con los siguientes aspectos:

- Preguntas sobre el plan.
- Preguntas sobre reclamos o facturación.
- Decisiones de cobertura acerca de su atención médica.
 - Una decisión de cobertura acerca de su atención médica es una decisión acerca de lo siguiente:
 - sus beneficios y servicios cubiertos; o
 - la suma que pagamos por sus servicios médicos.
 - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura acerca de su atención médica.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.
- Apelaciones sobre su atención médica.
 - Una apelación es una manera formal de solicitar que revisemos una decisión acerca de su cobertura y pedirnos que la cambiemos si considera que hemos cometido un error o no está de acuerdo con la decisión.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Quejas sobre su atención médica.
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor (incluido un proveedor fuera de la red o de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. También puede presentar una queja ante nosotros o ante la Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO) sobre la calidad de la atención que ha recibido (consulte la **Sección F**).
 - Puede comunicarse con nosotros y describir su queja llamando al (855) 665-4623.
 - Si la queja es sobre una decisión de cobertura de su atención médica, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar el formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Puede enviar una queja acerca de Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO-D-SNP) directamente al Departamento de Medicaid de Ohio. Llame al 1-800-324-8680. Esta llamada es gratuita.
 - Puede enviar una queja acerca de Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) al Mediador de MyCare Ohio. Llame al 1-800-282-1206. Esta llamada es gratuita.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja acerca de su atención médica, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.
- Decisiones de cobertura acerca de sus medicamentos.
 - Una decisión de cobertura acerca de sus medicamentos es una decisión sobre lo siguiente:
 - sus beneficios y los medicamentos cubiertos; o

- la suma que pagamos por los medicamentos.
- Esto aplica a sus medicamentos de Medicare Part D y Medicaid, incluidos los de venta libre.
- Para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura sobre los medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.
- Apelaciones sobre los medicamentos.
 - Una apelación es una forma de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación acerca de sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.
- Quejas sobre los medicamentos.
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una queja acerca de sus medicamentos.
 - Si su queja es acerca de una decisión de cobertura sobre sus medicamentos, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar el formulario en línea en www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja acerca de sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.
- Pago de atención médica o medicamentos que usted ya pagó.
 - Para obtener más información acerca de cómo solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.
 - Si nos solicita que paguemos una factura y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

B. Su Coordinador de Cuidados

Su Coordinador de cuidados es la persona de contacto principal de su plan médico. Esta persona le ayuda a administrar a todos sus proveedores y servicios. Se asegurará de que usted reciba lo que necesita. Su Coordinador de cuidados le dirá su nombre y número de teléfono.

Usted o su cuidador autorizado pueden cambiar el Coordinador de Cuidados que se le asignó. Puede hacerlo llamando al Departamento de Servicios para Miembros o a su Coordinador de cuidados actual. Podemos realizar los cambios sobre la asignación del Coordinador de Cuidados basado en sus necesidades médicas y culturales o su ubicación.

Si tiene preguntas, llame a su Coordinador de cuidados o al Departamento de Servicios para Miembros.

LLAME AL	(855) 665-4623. Esta llamada es gratuita. La línea de teléfono del coordinador de cuidados está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Existen otras opciones luego del horario de atención normal. Estas incluyen el autoservicio y el correo de voz. Utilice estas opciones los fines de semana y días festivos. Tenemos servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
ESCRIBA A	Molina Complete Care for MyCare Ohio c/o Care Coordination P.O. Box 349020 Columbus, OH 43234-9020
PÁGINA WEB	MolinaHealthcare.com/Medicare

Comuníquese con su coordinador de cuidados para obtener ayuda con los siguientes aspectos:

- Preguntas sobre su atención médica.
- Preguntas sobre cómo obtener servicios de salud conductual (trastornos por abuso de sustancias y salud mental).
- Preguntas acerca del transporte.
- Preguntas sobre la identificación de necesidades y el acceso a los Servicios y Apoyo a Largo Plazo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

C. Ohio Senior Health Insurance Information Program (OSHIIP)

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En Ohio, el SHIP recibe el nombre de OSHIIP.

OSHIIP es un programa estatal independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguro ni con un plan médico) financiado por el Gobierno federal que ofrece asesoría local gratuita sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

LLAME AL	(800) 686-1578 De lunes a viernes de 7:30 a.m. a 5 p.m., hora estándar del este.
TTY	711, luego marque 614-644-3264 Este número es para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA A	Ohio Senior Health Insurance Information Program (OSHIIP): Ohio Department of Insurance 50 W. Town Street Third Floor - Suite 300 Columbus, Ohio 43215
CORREO ELECTRÓNICO	oshiipmail@insurance.ohio.gov
PÁGINA WEB	www.insurance.ohio.gov/about-us/divisions/oshiip

Comuníquese con el OSHIIP para obtener ayuda con lo siguiente:

- Preguntas acerca de Medicare.
- Los asesores de OSHIIP pueden responder sus preguntas acerca de cómo cambiarse a un plan nuevo y ayudarle a:
 - Comprender sus derechos.
 - Comprender sus elecciones de plan.
 - Responder a preguntas sobre el cambio de planes.
 - Presentar una queja de la atención médica o tratamientos y
 - Ayudarle a resolver problemas con las facturas.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

D. Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO)

Nuestro estado cuenta con una organización llamada Organización de Mejoramiento de Calidad (Quality Improvement Organization, QIO). Un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención médica de personas con Medicare. La QIO es una organización independiente. No está asociada con nuestro plan.

LLAME AL	1-888-524-9900
TTY	1-888-985-8775 Este número es para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA A	BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
PÁGINA WEB	www.livantaqio.com

Comuníquese con la QIO para obtener ayuda con lo siguiente:

- preguntas sobre sus derechos de atención médica,
- quejas sobre el cuidado que recibió si:
 - tiene un problema con la calidad de la atención, como recibir el medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo;
 - cree que su hospitalización finaliza demasiado pronto; o
 - considera que su atención médica domiciliaria o la atención en centros de enfermería especializada o en el centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) finaliza demasiado pronto.

E. Medicare

Medicare es el programa de seguro médico federal para personas de 65 años de edad o mayores, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y pacientes con enfermedad renal en fase terminal (insuficiencia renal crónica que requiere tratamiento con diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal que administra Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, a veces llamados CMS. Esta agencia contrata los servicios de organizaciones Medicare Advantage, lo cual incluye nuestro plan.

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
CHAT EN VIVO	Puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
ESCRIBA A	<u>Escriba a Medicare at PO Box 1270, Lawrence, KS 66044</u>
PÁGINA WEB	www.medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluido su costo y los servicios que brindan. • Encuentre médicos que participan en Medicare u otros proveedores de suministros y proveedores de atención médica. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios de prevención (como exámenes de detección, vacunas o inyecciones, y visitas anuales de “bienestar”). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por los planes, los centros de convalecencia, hospitales, médicos, agencias de atención médica domiciliaria, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de cuidado a largo plazo. • Busque páginas web y números de teléfono de ayuda. Para enviar una queja a Medicare, visite www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

F. Medicaid

Medicaid ayuda con los servicios médicos y a largo plazo, y reduce costos para personas con ingresos y recursos limitados.

Usted está inscrito en Medicare y Medicaid. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, comuníquese con la línea directa de Ohio Medicaid, Centro de Servicio al Cliente al 1-800-324-8680: De lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., hora local, los sábados de 8 a.m a 5 p.m, hora del este.

LLAME AL	1-800-324-8680. Esta llamada es gratuita. La línea directa de Consumidor de Ohio está disponible de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m., y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	711 Esta llamada es gratuita.
ESCRIBA A	Ohio Department of Medicaid Bureau of Managed Care 50 W. Town Street, Suite 400 Columbus, Ohio 43215
CORREO ELECTRÓNICO	bmhc@medicaid.ohio.gov
PÁGINA WEB	www.medicaid.ohio.gov/provider/ManagedCare

G. MyCare Ohio Ombudsman

La oficina del Mediador de MyCare Ohio trabaja como un defensor para usted. Puede responder preguntas si tiene algún problema o queja y puede ayudarle a entender qué hacer. El Mediador de MyCare Ohio también le ayuda con sus problemas de servicio o facturación. No están relacionados con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. Sus servicios son gratuitos.

LLAME AL	1-800-266-4346 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
TTY	Si utiliza un TTY, utilice Relay Ohio: Marque 711 y 614-466-5500 para información general. Este número es para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
ESCRIBA A	Ohio Department of Aging 30 E Broad St, 22nd Floor Columbus, OH 43215-3414
PÁGINA WEB	www.aging.ohio.gov/

H. Programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos

El sitio web Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) proporciona información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas de ayuda, que se describen a continuación.

H1. Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare

Como usted es elegible para Medicaid, califica para obtener la Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos. No es necesario hacer nada para obtener la Ayuda Extra (Extra Help).

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
PÁGINA WEB	www.medicare.gov

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

Si considera que está pagando un monto incorrecto por su medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso que lo ayuda a obtener evidencia del monto de copago correspondiente. Si ya tiene evidencia de la cantidad correcta, podemos ayudarlo a compartir esta evidencia con nosotros.

- La Mejor Evidencia Disponible (BAE) localizada en la web en <https://www.cms.gov/medicare/enrollment-renewal/part-d-prescribers/best-available-evidence-bae>. La BAE se utiliza para determinar el subsidio por bajos ingresos de un miembro. Nuestro departamento de Servicios para Miembros y el Departamento de Farmacias identifican los casos en los que la política de BAE tiene validez. Los miembros pueden enviar la documentación BAE para establecer la elegibilidad a la dirección del Departamento de Servicios para Miembros enumerada en el Capítulo 2. Además, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros si tiene preguntas. Las formas de evidencia admisibles son las siguientes:
- Carta de aprobación de la Administración de Seguro Social (SSA).
- Aviso de aprobación.
- Ingreso de seguridad suplementario.
- Cuando recibamos la evidencia de su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pague el monto de copago correcto cuando vuelva a obtener su próxima receta médica. Si paga un copago mayor, se lo devolveremos, ya sea con un cheque o con un crédito de copago futuro. Si la farmacia no le cobró un copago y adeuda ese monto, nosotros podemos efectuar el pago directamente a la farmacia. Si el estado efectuó el pago en su nombre, pagaremos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece al final de la página.

H2. Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (ADAP)

El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan la vida. Los medicamentos de Medicare Part D que también están cubiertos por el formulario del ADAP califican para la asistencia de distribución de costos de recetas médicas a través del Programa Ohio Department of Health (ODH) White Part B.

El Programa ODH Ryan White Part B promueve la salud y el acceso a una atención de calidad para los residentes de Ohio que viven con el VIH. El programa ofrece una gama completa de servicios. Para ser elegible para el programa, usted debe:

- tener un diagnóstico de VIH positivo,
- ser residente de Ohio, **y**
- tener un ingreso bruto igual o inferior al 500% del nivel federal de pobreza.

Si cambia de plan, notifique a su encargado de inscripciones local del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, comuníquese:

Bureau of HIV, STI, and Viral Hepatitis

Ohio Department of Health

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



246 N High St

Columbus, OH 43215

Teléfono: (614) 466-6374, (800) 777-4775

Fax: (866) 448-6337 (número de teléfono gratuito)

Correo electrónico: hcs@odh.ohio.gov

H3. El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los costos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan, distribuyéndolos durante el año calendario (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan médico de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos recetados.** La Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare y la ayuda de su ADAP, para aquellos que cumplan con los requisitos, tiene mayores beneficios que la participación en esta opción de pago, sin importar su nivel de ingresos, y los planes con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número de teléfono que se encuentra al final de esta página o visite www.medicare.gov.

I. Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y gestiona la inscripción en Medicare.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se contacte con su Seguro Social para hacerles saber de estos cambios.

LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m. Puede usar sus servicios telefónicos automáticos para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número es para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar.
PÁGINA WEB	www.ssa.gov

J. Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

La Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores del ferrocarril de la nación y sus familias. Si recibe sus servicios de Medicare por medio de la RRB, hágales saber si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la RRB, comuníquese con la agencia.

LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la RRB los lunes, martes, jueves y viernes de 9 a.m a 3:30 p.m y los miércoles de 9 a.m. a 12 p.m. Si presiona “1”, puede acceder a la Línea de Ayuda automática de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número es para personas que tienen dificultades de la audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar. Las llamadas a este número no son gratuitas.
PÁGINA WEB	www.rrb.gov

K. Otros recursos

Buscador de ayuda de Molina

El Buscador de Ayuda de Molina es una herramienta en línea que le ayuda a encontrar recursos comunitarios de bajo coste o gratuitos. Encuentre recursos cuando y donde los necesite para satisfacer necesidades básicas como:

- Comida.
- Vivienda.
- Transporte
- Salud.
- Capacitación laboral.
- Cuidado infantil.
- Educación.
- Trabajo.
- Ayuda legal.

LLAME AL	Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623 o al (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. para que le ayuden a encontrar recursos comunitarios. También puede comunicarse con su Coordinador de Cuidados. Es importante que le haga saber a su Coordinador de Cuidados acerca de los servicios que usted necesita. Su Coordinador de Cuidados lo ayudará para que se comunique con esos recursos.
TTY	711 Esta llamada es gratuita.
PÁGINA WEB	www.MolinaHelpFinder.com

Ayuda para renovar cada año su cobertura de Medicaid

Debe renovar su elegibilidad para Medicaid con su Departamento de Empleo y Servicios de Familia del Condado (County Department of Job and Family Services, CDJFS) local cada 12 meses para averiguar si todavía califica para los beneficios de Medicaid. Recibirá una carta de renovación antes de la fecha de renovación para recordárselo. La carta de renovación incluirá la documentación que debe completar para renovar su elegibilidad. También puede renovar su elegibilidad en persona o en línea. La tabla a continuación le indica diferentes formas para renovar su elegibilidad.

Usted perderá su elegibilidad para Medicaid si no llena los documentos de renovación. Si pierde su elegibilidad para Medicaid, ya no estará cubierto por Molina Complete Care for MyCare Ohio.

Si ya renovó su elegibilidad para Medicaid en los últimos 12 meses, no necesitará renovar de nuevo hasta el próximo período de renovación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

LLAME AL	Llame a su oficina local de CDJFS o trabajador de casos del condado si necesita ayuda con el proceso de renovación de Medicaid. Ellos recogen y procesan los formularios. Puede encontrar el número de su CDJFS local aquí: https://jfs.ohio.gov/about/local-agencies-directory. También puede llamar a la línea directa de Medicaid de Ohio para obtener ayuda sin costo alguno. Llame al (800) 324-8680.
CORREO	Complete el formulario de renovación que recibió por correo. Envíelo a su oficina local de CDJFS. Puede encontrar la dirección en la portada de la carta. También puede encontrar la dirección aquí: https://jfs.ohio.gov/about/local-agencies-directory.
EN PERSONA	Puede ir a su oficina local de CDJFS para llenar los formularios. Traiga los documentos que necesita para informar sus ingresos. Puede llenar un formulario en persona. No necesita programar una cita. Puede encontrar la dirección de su CDJFS local aquí: https://jfs.ohio.gov/about/local-agencies-directory.
PÁGINA WEB	Consulte el portal para miembros de la línea directa de Medicaid de Ohio a fin de renovar sus beneficios en línea. Visite https://members.ohiomh.com/ para registrarse o iniciar sesión en su cuenta.
OTRO	Existen otros recursos que pueden ayudarle a renovar sus beneficios sin costo alguno. • Encuentre ayuda local en https://localhelp.healthcare.gov. • Llame al 2-1-1, un recurso privado que puede utilizar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Capítulo 3: Cómo utilizar nuestra cobertura del plan para sus servicios de atención médica y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo tiene reglas y términos específicos que debe conocer para obtener atención médica y otros servicios cubiertos por nuestro plan. También le informa sobre su coordinador de cuidados, cómo obtener atención de diferentes tipos de proveedores y en ciertas circunstancias especiales (incluso de proveedores o farmacias fuera de la red), qué hacer si se le factura directamente por servicios que cubrimos y las reglas para adquirir Equipo médico duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Información sobre servicios y proveedores	31
B. Normas para obtener servicios que cubre nuestro plan	31
C. Su coordinador de cuidados	32
C1. Qué es un coordinador de cuidados	32
C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de cuidados	33
C3. Cómo puede cambiar a su coordinador de cuidados	35
D. Atención de proveedores	35
D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP)	35
D2. Atención médica de especialistas y otros proveedores de la red	38
D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan	38
D4. Proveedores fuera de la red	39
E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)	40
F. Servicios de salud conductual (trastorno mental y trastorno por abuso de sustancias)	40
G. Servicios de transporte	40
G1. Cómo obtener servicios de transporte	40
H. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica, requeridos urgentemente o durante una catástrofe	42
H1. Atención en una emergencia médica	42
H2. Atención médica requerida urgentemente	44
H3. Atención médica durante un desastre	44
I. ¿Cómo proceder si le facturan directamente los servicios cubiertos?	45
I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios	45

J. Cobertura de los servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica	45
J1. Definición de estudio de investigación clínica	45
J2. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica	46
J3. Más acerca de los estudios de investigación clínica	46
K. Cómo están cubiertos sus servicios de atención médica en una institución no médica religiosa que brinda atención médica	47
K1. Definición de institución no médica religiosa dedicada a la atención médica	47
K2. Atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica	47
L. Equipo médico duradero (DME)	48
L1. El DME como miembro de nuestro plan	48
L2. La propiedad del DME si se cambia a Medicare Original	48
L3. Beneficios de equipo de oxígeno como miembro del plan	49
L4. Equipo de oxígeno cuando cambia a Medicare Original o a otro plan Medicare Advantage (MA)	49

A. Información sobre servicios y proveedores

Los servicios incluyen atención médica, servicios y apoyo a largo plazo (LTSS), suministros, servicios de salud conductual, medicamentos recetados y medicamentos de venta libre, equipos y otros servicios. Los **servicios cubiertos** incluyen cualquiera de estos servicios que paga nuestro plan. La atención médica y los servicios de salud conductual cubiertos y LTSS se encuentran en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados y de venta libre se encuentran en el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro*.

Los **proveedores** incluyen médicos, personal de enfermería y otras personas que le proporcionan servicios y atención y tienen licencia del estado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de atención médica domiciliaria, clínicas y otros lugares que le prestan servicios de atención médica, servicios de salud conductual, equipo médico, y ciertos servicios y LTSS.

Los **proveedores de la red** son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores acordaron aceptar nuestro pago como pago completo. Acordamos que estos proveedores le presten servicios cubiertos. Estos proveedores han acordado facturarnos directamente por la atención que le prestan. Cuando usted visita a un proveedor de la red, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Normas para obtener servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid. Esto incluye salud conductual y LTSS.

Nuestro plan, por lo general, pagará los servicios de atención médica, los servicios de salud conductual y los LTSS que reciba cuando siga nuestras normas. Para estar cubierto por nuestro plan:

- La atención médica que recibe debe incluirse en nuestra Tabla de beneficios médicos en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.
- La atención debe ser **médicamente necesaria**. “Médicamente necesaria” significa que necesita servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica o para mantener el estado de salud actual. Esto incluye cuidados que eviten su ingreso a un hospital o centro de enfermería. También se refiere a servicios, suministros o medicamentos que cumplen los niveles aceptados de práctica médica.
- El cuidado que usted reciba debe tener una autorización previa por parte de Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) cuando sea requerido. Para servicios médicos, debe tener un **proveedor de atención primaria (PCP)** de la red que suministra y supervisa su atención. Como miembro del plan, usted o su proveedor debe presentar información a Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) y solicitar autorización para que usted obtenga el servicio. Esto se denomina autorización previa (Prior Authorization, PA). Consulte la tabla en el **Capítulo 4** para obtener más información.
- Usted debe elegir un proveedor de la red para que sea su **proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP)** que le administre su atención médica. Aunque usted no necesita

autorización (llamada remisión) de su PCP para recurrir a otros proveedores, igualmente es importante contactar a su PCP antes de consultar con un especialista o después de una consulta a un departamento de emergencias o urgencias. Esto permite que su PCP administre su atención para conseguir los mejores resultados.

- Para obtener más información acerca de cómo elegir un PCP, consulte la **Sección D1**.
- **Usted debe recibir atención por parte de un proveedor de la red** (para obtener más información, lea la **Sección D** de este capítulo). Por lo general, no cubrimos la atención médica de un proveedor que no trabaja con nuestro plan médico. Esto significa que deberá pagar el monto total al proveedor por los servicios que recibe. Aquí hay algunos casos en los que no se aplica esta regla:
 - Cubrimos la atención de emergencia o de urgencia prestada por un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la **sección I** de este capítulo).
 - Si requiere la atención médica que cubre nuestro plan y nuestros proveedores de la red no pueden proveérsela, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. En esta situación, cubrimos la atención sin ningún costo para usted. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la **Sección D4** de este capítulo.

C. Su coordinador de cuidados

Su equipo de atención incluye Su coordinador de cuidados y le ayuda a gestionar todos sus proveedores y servicios. Ellos trabajan con su equipo de cuidados para asegurarse de que reciba la atención que necesita.

C1. Qué es un coordinador de cuidados

Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) brinda a todos los miembros servicios de coordinador de cuidados. Los servicios de coordinador de cuidados ayudan a coordinar sus servicios médicos y atención con el fin de que reciba el cuidado que usted necesita para satisfacer sus objetivos de salud. Los profesionales que proveen estos servicios se denominan administradores de cuidados. Todos los administradores de cuidados son enfermeros o trabajadores sociales con licencia. Son parte de un equipo de atención compuesto por otros profesionales de atención médica y personal de soporte.

Su evaluación de salud

Cuando se inscriba por primera vez en el plan, nos pondremos en contacto con usted para completar una evaluación de salud dentro de los primeros 75 días. Su día de evaluación va a depender de sus necesidades de salud. Programaremos su evaluación en el mejor momento disponible para usted. Utilizamos esta evaluación de salud para crear un plan de cuidado personal exclusivo para usted. La evaluación le preguntará acerca de sus necesidades médicas y de salud mental actuales. La evaluación también nos ayuda a satisfacer sus necesidades de transporte, alimentos, vivienda y otros recursos comunitarios.

Uno de nuestros enfermeros o trabajadores sociales trabajará con usted para completar la evaluación de salud. La completaremos mediante una consulta en persona, por teléfono o por correo. Si recibe una evaluación de salud por correo, complétela lo antes posible. Luego, devuélvala en el sobre provisto.

Si usted está en la Exención de MyCare Ohio, usted siempre completará su evaluación de salud en persona.

¿Qué incluyen mis servicios de administración de cuidados?

Sus servicios de administración de cuidados incluyen:

- Una evaluación de salud para estar seguros de que entendemos sus necesidades de salud. Esto es especialmente importante si usted sufre de una discapacidad o condición crónica que requiera ayuda especial.
- Se realizarán evaluaciones con regularidad basado en sus necesidades y preferencias. También se realizará una evaluación si hay cualquier cambio en su atención médica o en su vida que pueda afectar su cuidado.
- Un plan de cuidado personal desarrollado de acuerdo a sus propias metas, preferencias y necesidades.
 - Un plan de cuidado es un plan creado por usted y su equipo de atención con su administrador de cuidados. Su plan de cuidado enumera sus metas personales e ideas para alcanzar esas metas. Además, ayuda a mantener un registro de su progreso hacia estas metas. Cuando se actualice su plan de cuidado, obtendrá una copia. Usted puede elegir obtener una copia por correo o por correo electrónico. También puede solicitarle una copia en cualquier momento a su administrador de cuidados.
 - Puede consultar su plan de cuidado en cualquier momento, en MyMolina.com o en la app para dispositivos móviles My Molina.

¿Quiénes forman parte de mi equipo de atención?

Su equipo de atención está formado por:

- usted;
- los miembros de su familia o sus cuidadores;
- su Proveedor de Atención Primaria (PCP);
- su administrador de cuidados;
- otros médicos que le brindan atención.

C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador de cuidados

Usted puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para hablar con su administrador de cuidados o programar una visita. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Llame al TTY: 711, para personas con impedimentos auditivos. La llamada es gratuita. Su administrador de cuidados u otros miembros de su Equipo de Administración de Cuidados están listos para ayudar.



Puede enviar un mensaje a su administrador de cuidados a través de [MyMolina.com](https://www.myl Molina.com) o la app para dispositivos móviles My Molina. Lo llamarán dentro de las 48 horas.

También puede comunicarse con un miembro del Equipo de Administración de Cuidados las 24 horas del día, los 7 días de la semana llamando a la Línea de Consejos de Enfermería las 24 horas al día al (855) 895-9986, TTY: 711.

Cómo interactuará con su administrador de cuidados y equipo de atención

Su administrador de cuidados está comprometido a ayudarle. Su administrador de cuidados le ayuda a controlar sus condiciones de salud y reducir la necesidad de consultas al hospital. Su administrador de cuidados también:

- Le ayuda a administrar todos sus proveedores y servicios.
- Es su punto de contacto para sus necesidades de administración de cuidados.
- Trabaja con su equipo de atención para asegurarse de que reciba la atención que necesite.

Su administrador de cuidados programará conferencias con el equipo de atención. Esto significa que puede reunirse regularmente con miembros de su equipo de atención. Juntos, su administrador de cuidados y su equipo de atención:

- Harán preguntas para conocer más acerca de su condición y sus necesidades.
- Trabajarán con usted para crear un plan de cuidados que incluya sus metas de salud.
- Se asegurarán de que sus preferencias y necesidades sean parte de su plan de cuidados.
- Hablarán con usted sobre los pasos que desea seguir, o puede seguir, para alcanzar las metas en su plan de cuidados.
- Le ayudarán a determinar qué servicios usted necesita obtener, cómo acceder a los mismos (incluyendo recursos locales) y qué proveedores pueden brindarle cuidado.
- Le ayudarán a encontrar y programar citas con proveedores calificados.
- Le recordarán sus citas médicas importantes.
- Le ayudarán a entender cómo cuidar de sí mismo.
- Se asegurarán de que se realicen los exámenes médicos y los análisis de laboratorio, y de que los resultados sean compartidos con sus proveedores según sea necesario.
- Trabajarán con sus proveedores para asegurarse de que conocen todos los medicamentos que usted toma para reducir los efectos secundarios.

Si usted está en el hospital o en un centro de enfermería, los miembros de su equipo de atención pueden visitarlo o ponerse en contacto con usted. Su equipo de atención se asegurará de que usted reciba la atención, el cuidado y los servicios que usted necesita. Una vez que regrese a su casa, también podemos visitarlo o comunicarnos con usted para ayudarle con su transición. Le ayudaremos a recibir el cuidado que necesita.

Recuerde que sus proveedores necesitan tener su permiso antes de compartir su información médica con otros proveedores.



C3. Cómo puede cambiar a su coordinador de cuidados

Nos ocuparemos de asignarle su administrador de cuidados. Usted o alguien autorizado a actuar en su nombre puede cambiar el administrador de cuidados que se le ha asignado. Puede hacerlo llamando al Departamento de Servicios para Miembros o a su administrador de cuidados actual. Podemos realizar los cambios sobre la asignación del administrador de cuidados basado en sus necesidades médicas y culturales o su ubicación.

D. Atención de proveedores

D1. Atención de un proveedor de atención primaria (PCP)

Debe elegir un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) para que le brinde y gestione su atención.

Definición de PCP y lo que hace por usted

Un Proveedor de atención primaria (PCP) es un médico, una enfermero certificado (certified nurse practitioner, CNP), un asistente médico u otro profesional de atención médica que le brinda atención médica de rutina. Su PCP podría ser un médico general (doctor) o especializarse en:

- Medicina de familia (atención para personas de cualquier edad).
- Medicina interna (atención para adultos con una dolencia o enfermedad).
- Obstetricia y ginecología (OB/GYN, o atención reproductiva para mujeres).
- Geriátrica (atención para adultos mayores).
- Pediatría (atención para niños).

Su PCP también puede ser el hogar médico o la clínica, como un Centro de Salud Acreditado a Nivel Federal (Federally Qualified Health Center, FQHC).

Es posible que necesite tener a un proveedor especialista como su PCP. Puede necesitar esto si tiene necesidades médicas complejas. Tenemos una red de proveedores especializados para atender a nuestros miembros. Si necesita que un especialista sea su PCP, el Departamento de Servicios para Miembros le puede ayudar a encontrarlo.

Su PCP le proveerá la mayoría de sus cuidados. Su PCP lo ayudará a establecer o coordinar el resto de los servicios cubiertos que obtiene como miembro de nuestro plan. Coordinar sus servicios significa comprobar o consultar con otros proveedores sobre su atención médica y ver cómo sigue todo. Estas incluyen:

- Radiografías
- Análisis de laboratorio
- Terapias
- Atención de médicos especialistas
- Admisiones al hospital
- Atención de seguimiento

En algunos casos, su PCP deberá obtener una autorización previa de nosotros. Su PCP puede necesitar sus historias clínicas anteriores para proporcionar o coordinar su atención médica. Hable con su PCP actual acerca del envío de sus historias clínicas a su consultorio.

¿Qué debe hacer si necesita atención urgente o después de las horas de consulta?

La atención urgente, también llamada atención que no es de emergencia, es cuando necesita atención inmediata, pero no corre peligro de daño duradero o de perder su vida. Algunos ejemplos incluyen:

- Dolor de garganta o tos.
- Gripe.
- Migraña o dolor de cabeza.
- Dolores de oído o infecciones de oído.
- Fiebre sin sarpullido.
- Vómitos.
- Dolor al orinar.
- Diarrea persistente.
- Accidentes menores o caídas.
- Lesiones menores como un esguince común o una cortadura superficial.

Si necesita atención urgente, llame a su PCP para solicitar una cita.

Es posible que haya ocasiones en que su proveedor no puede atenderlo de inmediato. Quizá no haya una cita disponible o el consultorio de su proveedor puede estar cerrado. Se le llama atención médica después de las horas de consulta cuando necesita atención después del cierre del consultorio de su proveedor.

Si necesita atención médica después de las horas de consulta o si su proveedor no puede programar una cita inmediatamente, hay algunos pasos que puede seguir para evitar que su lesión o enfermedad empeore.

1. Llame a su proveedor de atención primaria (PCP) para recibir algunos consejos. Si no puede obtener una cita, pregúntele a su PCP cuál sería el próximo paso. Aún si el consultorio de su proveedor se encuentra cerrado, alguien podría responder. También es posible que pueda dejar un mensaje.
2. Si no se puede comunicar con el consultorio de su proveedor, puede **llamar a nuestra Línea de Consejos de Enfermería y Crisis de Salud Conductual las 24 horas del día**. Los enfermeros registrados siempre están disponibles para responder a sus preguntas. Llame al (855) 896-9986 (TTY: 711) en cualquier momento, de día o de noche, para hablar con un enfermero.
3. Diríjase a una clínica de atención sin cita previa o a uno de los centros de atención médica urgente de la red que figuran registrados en el Directorio de proveedores. Si visita un centro de atención de urgencia, llame siempre a su proveedor de atención primaria (PCP) después de la consulta para programar la atención de seguimiento.

Su elección de PCP



La relación con su PCP es importante. Cuando elija a su PCP, trate de *elegir* uno cerca de su hogar. Así *facilitará* las consultas y obtendrá el *cuidado* que *necesita* cuando lo necesite.

Puede utilizar nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias* para encontrar un PCP en la red de Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP). El directorio se encuentra en nuestro sitio web en www.MolinaProviderDirectory.com/OH. Si necesita una copia impresa del directorio o ayuda para elegir un PCP, llame al Departamento de Servicios para Miembros. También puede llamar a su administrador de cuidados para recibir ayuda.

Una vez que elija a su PCP, llámelo para acordar su primera consulta. Hable con su PCP acerca del envío de sus historias clínicas a su consultorio. De esta manera, su PCP tendrá sus historias clínicas y estará informado sobre cualquier condición existente que usted tenga que requiera atención médica. Su PCP es ahora responsable de todos sus servicios de atención médica de rutina. Es la primera persona a quien debe acudir cuando tenga cualquier inquietud con respecto a su salud.

Encontrará el nombre y el número de teléfono del consultorio de su PCP impresos en su tarjeta de identificación del miembro. Si el nombre del PCP al que está viendo no es el mismo que aparece en su tarjeta de identificación del miembro, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación del miembro con el nombre del PCP que lo está atendiendo.

Opción de cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier razón, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP pueda abandonar la red de nuestro plan. Si su PCP abandona la red de nuestro plan, podemos ayudarle a encontrar un nuevo PCP en nuestra red.

Usted puede *cambiar* su PCP una vez *al* mes. Si solicita cambiar su PCP durante los primeros 30 días en el plan, el *cambio entrará en vigor* inmediatamente. Si su solicitud se realiza en cualquier momento luego de los primeros 30 días, el cambio ocurrirá *el primer día* del próximo *mes*. Le recomendamos que primero consulte a su PCP para conocerlo antes de cambiar. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros si utiliza un especialista o recibe otros servicios cubiertos que deben tener la aprobación del PCP. El Departamento de Servicios para Miembros le ayuda a continuar con su cuidado especializado cuando cambie su PCP.

Servicios que puede obtener sin la aprobación del PCP

En la mayoría de los casos, necesita la aprobación del PCP antes de recurrir a otros proveedores. Esto se llama una **remisión**. Puede recibir servicios como los enumerados a continuación sin obtener la aprobación de su PCP primero:

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o proveedores fuera de la red.

- Los servicios requeridos urgentemente cubiertos que requieren atención médica inmediata (pero no una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado el momento, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios requeridos urgentemente son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de afecciones ya existentes. Las consultas rutinarias médicamente necesarias (como los controles anuales) a un proveedor, no se consideran urgentes aunque usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red del plan no esté disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que obtenga de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan. Llame al Departamento de Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a dializarse mientras está lejos.
- Vacunas contra la gripe y el COVID-19, siempre que las obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de planificación familiar y atención médica de rutina para mujeres. Esto incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que obtenga estos servicios de un proveedor de la red.
- Además, si es elegible para recibir servicios de proveedores de atención médica para indígenas, puede recurrir a estos proveedores sin una remisión previa.

D2. Atención médica de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que proporciona atención médica para una enfermedad o una parte específica del cuerpo. Existen muchos tipos de especialistas, como los siguientes:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con problemas del corazón.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con problemas en los huesos, las articulaciones o los músculos.

Contamos con muchos proveedores especialistas para cuidar a nuestros miembros. Si hay un especialista que usted desea consultar, solicítelo a su PCP. Usted no necesita un referido para ver a un proveedor de la red, pero su PCP puede recomendarle otros proveedores de la red.

Para algunos servicios, podría necesitar una autorización previa. Su PCP puede solicitar autorización previa por fax o a través de nuestra página web. Consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** para obtener más información.

D3. Cuando un proveedor abandona nuestro plan

Es posible que un proveedor de la red que utiliza abandone nuestro plan. Si uno de sus proveedores abandona nuestro plan, usted cuenta con estos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores cambie durante el año, debemos brindarle un acceso ininterrumpido a proveedores calificados.



- Le notificaremos cuando su proveedor abandone nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si visitó a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si cualquiera de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si tiene el proveedor asignado, si actualmente recibe atención de él o si lo visitó en los últimos tres meses.
- Le ayudamos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado dentro de la red para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si se está sometiendo actualmente a un tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar seguir recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.
- Le proporcionaremos información sobre los periodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista calificado de la red que sea accesible para usted, debemos coordinar para que un especialista fuera de la red le brinde atención cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) requiere una autorización previa para obtener atención que no sea de emergencia de un proveedor fuera de la red.
- Si se entera de que uno de sus proveedores deja nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarle a elegir un nuevo proveedor y a gestionar su atención.
- Si considera que no reemplazamos a su anterior proveedor con un proveedor calificado o que no estamos gestionando bien su atención, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención a la Organización de Mejoramiento de Calidad (Quality Improvement Organization, QIO), un reclamo sobre la calidad de la atención o ambos. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información).

D4. Proveedores fuera de la red

¿Qué sucede si necesita atención médica cubierta por nuestro plan, pero no hay ningún proveedor de la red que pueda brindarle el cuidado que usted necesita? Usted puede obtener este cuidado a través de un proveedor fuera de la red. Necesitará una autorización previa de nuestra parte para obtener servicios de un proveedor fuera de la red. Su proveedor puede solicitar esta autorización previa. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Si recibe cuidado de rutina por parte de proveedores fuera de la red sin autorización previa, es probable que tenga que pagar el costo. Este costo no será pagado por Medicare, Medicaid ni por nuestro plan.

Si usted consulta a un proveedor fuera de la red, este debe ser elegible para participar en Medicare o Medicaid.

- No podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare o Medicaid.
- Si consulta a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare, debe pagar el costo total de los servicios que recibe.



- Los proveedores deben informarle a usted si no son elegibles para participar en Medicare.

E. Servicios y apoyos a largo plazo (LTSS)

Usted puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros o a su administrador de cuidados para preguntar acerca de los Servicios y apoyos a largo plazo. La exención MyCare Ohio incluye servicios domiciliarios y comunitarios para miembros mayores de 18 años que, según el estado de Ohio, reúnan un determinado nivel de necesidad. Estos servicios ayudan a las personas a vivir y desempeñarse de forma independiente.

Si no está inscrito en exención MyCare Ohio, su administrador de cuidados puede ayudarle. Si cumple los requisitos para la exención MyCare Ohio, le proporcionaremos un Manual del Miembro de las exenciones MyCare Ohio y Servicios basados en la comunidad. Puede llamar a los Servicios para miembros para solicitar una copia. También está publicado en nuestro sitio web. Su administrador de cuidados también puede ayudarle a explorar otros Servicios y Ayudas a Largo Plazo, incluidos los cuidados en centros de enfermería.

F. Servicios de salud conductual (trastorno mental y trastorno por abuso de sustancias)

Usted puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros o a su administrador de cuidados para preguntar acerca de los servicios de salud conductual. Su administrador de cuidados le puede ayudar a entender:

- Qué servicios necesita.
- Cómo obtener servicios (incluidos los recursos locales).
- Qué proveedores pueden brindarle atención.

Para conocer más sobre los servicios de salud conductual que están cubiertos como parte de su plan, consulte el **Capítulo 4**.

G. Servicios de transporte

G1. Cómo obtener servicios de transporte

Como miembro, usted puede obtener un beneficio de transporte adicional. Usted recibe el beneficio de 104 viajes de ida cada año calendario. Este beneficio le permitirá transportarse desde y hacia los lugares donde obtiene los servicios de atención médica cubiertos. Esto incluye su PCP y otros proveedores, su dentista, el hospital, la farmacia y más.

También podría utilizar su beneficio adicional de 104 viajes de ida para lo siguiente:

- Citas para renovar sus beneficios de Medicaid con su Departamento de Empleo y Servicios de Familia del Condado (County Department of Job and Family Services, CDJFS) local.
- Citas con Seguro Social Suplementario (Supplemental Security Income, SSI).

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Citas con los Servicios de Salud Mental Comunitarios.
- Citas con el Programa de Nutrición Suplementario para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC).
- Recursos alimentarios, como la tienda de comestibles o el banco de alimentos.
- Visitas a la farmacia para medicamentos u otras necesidades.

Además de sus 104 viajes de ida, Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) cubre viajes ilimitados para los miembros que obtienen estos servicios:

- diálisis;
- quimioterapia;
- radiación;
- transporte en silla de ruedas.

El transporte está siempre disponible para usted si usted debe viajar más de 30 millas para recibir los servicios. Estos viajes son ilimitados, pero sólo si no hay un proveedor más cerca de su hogar.

Siempre puede obtener transporte si recibe el alta hospitalaria. Las altas hospitalarias incluyen las altas en salas de emergencias, luego de una hospitalización y de consultas ambulatorias.

Cómo programar un viaje por teléfono

Para programar los servicios de transporte por teléfono, llame al (844) 491-4761 (TTY: 711) por lo menos 48 horas antes de la fecha de su cita. Contamos con servicio de puerta a puerta disponible bajo petición. Usted puede ser recogido en un auto, camioneta o vehículo de transporte médico.

Cómo cancelar un viaje programado por teléfono

Si necesita cancelar el servicio de transporte que ha programado, llame al (844) 491-4761 (TTY: 711) para notificarnos 24 horas antes de su cita. Si no llama para cancelar 24 horas antes de la cita, el viaje podría contar como uno de sus 104 viajes por el año.

Administre sus viajes con la aplicación móvil Access2Care/MTM

Puede programar y gestionar sus viajes con la aplicación móvil Access2Care/MTM.

A través de la aplicación móvil, puede hacer lo siguiente:

- Programar o cancelar viajes.
- Ver sus viajes actuales y próximos.
- Guardar direcciones, como la de su hogar o la de la oficina del médico.

Ingresa a la App Store de iPhone o a Google Play y busque “A2C/MTM” para descargarla.

Otros tipos de viajes que ofrecemos

Los pases de autobús están disponibles si puede ir y regresar desde una parada de autobús cercana a su casa y cerca de la oficina de su proveedor.

En algunos casos, puede recibir un reembolso (una devolución) por la gasolina utilizada para conducir a una visita médica. Llame a su administrador de cuidados o al Departamento de Servicios para Miembros para ver si usted es elegible.

Más información sobre los beneficios del transporte

- Para conocer más sobre sus beneficios de transporte, consulte la Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4**. La tabla le explicará qué tipos de viajes están cubiertos. O, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros.

Además de la ayuda de transporte que Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) le brinda, usted todavía podría recibir ayuda de transporte para ciertos servicios a través del programa de Transporte que No Sea de Emergencia (Non-Emergency Transportation, NET). Llame a su Departamento de Empleo y Servicios de Familia del Condado para responder a sus inquietudes o recibir asistencia acerca de los servicios NET.

H. Servicios cubiertos en caso de emergencia médica, requeridos urgentemente o durante una catástrofe

H1. Atención en una emergencia médica

Una emergencia médica es una condición médica con síntomas como una enfermedad, un dolor intenso, una lesión grave o una condición médica que empeora rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona que tenga un conocimiento promedio de medicina y salud podría esperar que suceda lo siguiente:

- Serio riesgo para su vida o, si está embarazada, la pérdida de su hijo nonato; **o**
- pérdida o grave daño en las funciones corporales; **o**
- pérdida de una extremidad o función de una extremidad; **o**
- en caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando:
 - No hay suficiente tiempo para trasladarla a otro hospital antes del parto.
 - Un traslado a otro hospital puede representar un riesgo para su salud o su seguridad o la del niño nonato.

En caso de una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame para solicitar una ambulancia en caso de necesitar una. **No** es necesario que obtenga primero la aprobación ni la remisión de su PCP. No es necesario que acuda a un proveedor de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una autorización estatal apropiada, incluso si no forma parte de nuestra red.

- **En cuanto pueda, informe al plan sobre su emergencia.** Realizamos un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos de su atención de emergencia, generalmente dentro de un plazo de 48 horas. Sin embargo, usted no pagará los servicios de emergencia si tarda en informarnos. El número del Departamento de Servicios para Miembros lo puede *encontrar* en el *reverso de su tarjeta de identificación*.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que el traslado a la sala de emergencia con otro medio de transporte podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.

Los proveedores que le brindan atención de emergencia determinan cuándo su estado es estable y si la emergencia médica ha concluido. Ellos continuarán tratándolo y se comunicarán con nosotros para planificar si necesita atención de seguimiento para mejorar.

Si el proveedor que lo está tratando para una emergencia lo atiende, pero cree que necesita otra atención médica para tratar el problema que causó su emergencia, el proveedor debe llamar al (855) 322-4079. Nuestro plan cubre su atención de seguimiento. Si obtiene su atención de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos obtener proveedores de la red que se hagan cargo de su cuidado tan pronto como sea posible.

Una vez concluida la emergencia, usted podría necesitar atención de seguimiento para que se mejore. Esto se llama atención posterior a la estabilización. La atención está cubierta por nuestro plan. Si un proveedor fuera de la red considera que necesita atención de seguimiento, debe llamar al Proveedor de Servicios al (855) 322-4079 para solicitar una autorización previa.

Puede que durante su emergencia haya recibido cuidado de proveedores fuera de la red. De ser así, intentaremos obtener proveedores de la red que se hagan cargo de su cuidado tan pronto como sea posible.

Obtención de atención de emergencia si no era una emergencia

A veces, es difícil determinar si se tiene una emergencia médica o de salud conductual. Es posible que usted acuda a recibir atención de emergencia y el médico diga que, en realidad, no era una emergencia médica. Cubrimos la atención médica si usted creía de forma razonable que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, después de que el médico diga que no fue una emergencia, nosotros cubriremos su atención médica adicional solo si ocurre lo siguiente:

- Recurre a un proveedor de la red, o
- la atención adicional que obtenga se considera “atención médica requerida urgentemente”, y sigue las normas para obtener esta atención médica. Consulte la siguiente sección.



H2. Atención médica requerida urgentemente

La atención requerida urgentemente son cuidados que recibe en una situación que no es una emergencia, pero que necesita cuidados inmediatos. Por ejemplo, puede sufrir un brote de una afección existente o una enfermedad o lesión imprevista.

Atención médica requerida urgentemente en el área de servicio de nuestro plan

En la mayoría de los casos, cubrimos la atención médica requerida urgentemente solo en los siguientes casos:

- Usted recibe esa atención médica de un proveedor de la red, y
- usted sigue las normas que se describen en este capítulo.

Si no es posible ni razonable conseguir un proveedor de la red, debido al momento, lugar o circunstancia, nosotros cubriremos la atención médica de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Usted puede recibir atención médica urgente en cualquier centro de atención médica urgente de nuestra red o en el centro MinuteClinic® de CVS Pharmacy®. Se necesita autorización previa para los centros de atención urgente que no pertenezcan a nuestra red. También puede llamar a la Línea de Consejos de Enfermería al (855) 895-9986, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Atención médica requerida urgentemente fuera del área de servicio de nuestro plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá obtener el cuidado de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubre la atención médica requerida urgentemente que reciba de cualquier proveedor. Sin embargo, las consultas rutinarias a un proveedor médicamente necesarias, como las revisiones anuales, no se consideran urgentes aunque usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente.

Nuestro plan no cubre atención médica requerida urgentemente ni ningún otro tipo de atención médica que reciba fuera de los Estados Unidos o sus territorios.

H3. Atención médica durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el Presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, igualmente podrá recibir atención de nuestro plan.

Visite nuestro sitio web para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre declarado: MolinaHealthcare.com/Medicare.

Durante un desastre declarado, si no puede usar un proveedor de la red, puede obtener cuidado de proveedores fuera de la red al usar una farmacia de la red durante un desastre declarado, puede surtir sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información.

I. ¿Cómo proceder si le facturan directamente los servicios cubiertos?

Los proveedores deben facturarnos por proporcionarle a usted los servicios cubiertos. Usted no debe recibir una factura del proveedor por servicios cubiertos por su plan. Si un proveedor le envía una factura por un servicio cubierto a usted en lugar de enviarla al plan, usted puede solicitarnos que paguemos la factura. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros lo antes posible para brindarnos información sobre la factura.

No debe pagar la factura por su cuenta. Si lo hace, es posible que no podamos reembolsarle los pagos.

I1. Qué hacer si nuestro plan no cubre los servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que se consideran médicamente necesarios, y
- que se describen en la Tabla de beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*), y
- que usted recibe siguiendo las normas del plan.

Si obtiene servicios que nuestro plan no cubre, **usted paga el costo total.**

Si desea saber si pagamos por cualquier servicio médico o atención médica, tiene el derecho a preguntarnos. Usted también tiene derecho a pedirlo por escrito. Si decimos que no pagaremos por sus servicios, tiene el derecho a apelar nuestra decisión.

En el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*, se explica qué debe hacer si desea que cubramos un artículo o servicio médico. También se le informa cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Para obtener más información acerca de sus derechos de apelación, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Pagamos por algunos servicios hasta un cierto límite. Si sobrepasa el límite, usted paga el costo total para continuar recibiendo ese tipo de servicio. Consulte el **Capítulo 4** para conocer los límites específicos de los beneficios. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si desea saber cuáles son los límites de los beneficios y qué cantidad de los beneficios utilizó.

J. Cobertura de los servicios de atención médica en un estudio de investigación clínica

J1. Definición de estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también denominado ensayo clínico) es una forma en que los médicos prueban nuevos tipos de atención médica o medicamentos. En un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, se suelen buscar voluntarios para que participen. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo los demás servicios que requiere para su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) por medio de nuestro plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Una vez que Medicare o nuestro plan aprueba un estudio en el que usted desea participar, y usted expresa su interés, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted. Esa persona le informará sobre el estudio y determina si usted puede participar en este. Usted puede estar en el estudio, siempre que cumpla con las condiciones necesarias. También debe comprender y aceptar lo que debe hacer para el estudio.

Mientras se encuentre en el estudio, podrá permanecer afiliado a nuestro plan. De esa manera, usted continuará recibiendo el cuidado de nuestro plan no relacionado con el estudio.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** necesita informarnos ni obtener aprobación de parte nuestra ni de su proveedor de atención primaria. **No** es necesario que los proveedores que le brindan atención médica como parte del estudio sean proveedores de la red. Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de pruebas (NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Le recomendamos que nos informe antes de participar en un estudio de investigación clínica.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para miembros por Medicare Original, le recomendamos a usted o a su coordinador de cuidados que se comuniquen con el Departamento de Servicios para Miembros a fin de avisarnos que participará en un ensayo clínico.

J2. Pago por servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si usted se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no tendrá que pagar por los servicios cubiertos en el estudio. Medicare pagará los servicios cubiertos en el estudio, así como los costos de rutina asociados a la atención. Si se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted tiene cubierta la mayoría de los servicios y artículos que recibe como parte del estudio. Estos incluyen:

- Habitación y comidas por hospitalizaciones que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de cualquier efecto colateral y complicaciones de la nueva atención médica.

Pagaremos cualquier costo si usted se ofrece como voluntario para un estudio de investigación clínica no aprobado por Medicare, pero aprobado por nuestro plan. Si es parte de un estudio que Medicare o nuestro plan **no han aprobado**, usted paga cualquier costo derivado de la participación en el estudio.

J3. Más acerca de los estudios de investigación clínica

Para obtener más información sobre cómo inscribirse en un estudio de investigación clínica, lea “Medicare y Estudios de Investigación Clínica” en la página web de Medicare (www.medicare.gov/sites/default/)

<files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf>). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

K. Cómo están cubiertos sus servicios de atención médica en una institución no médica religiosa que brinda atención médica

K1. Definición de institución no médica religiosa dedicada a la atención médica

Una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica es un lugar que proporciona cuidado que usted normalmente recibiría en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir cuidado en un hospital o centro de enfermería especializada está contra sus creencias religiosas, cubrimos la atención médica en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica.

Este beneficio se provee únicamente para servicios de pacientes internados de Medicare Part A (servicios no médicos de atención médica).

K2. Atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica

Para obtener atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica, usted deberá firmar un documento legal en el que declare que se opone a recibir tratamientos médicos “no exceptuados”.

- Tratamiento médico “no exceptuado” hace referencia a cualquier tipo de atención médica o tratamiento **voluntarios y no exigidos** por las leyes federales, estatales o locales.
- Un tratamiento médico “exceptuado” es cualquier atención médica o tratamiento que **no son voluntarios y que exige** la ley federal, estatal o local.

Para recibir cobertura de nuestro plan, la atención que usted recibe de una institución no médica religiosa de atención médica debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención médica debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución provistos en un centro, se deben cumplir las siguientes condiciones:
 - Debe tener una condición médica que le permita recibir servicios cubiertos para atención hospitalaria para pacientes internados o atención en centros de enfermería especializada.
 - Debe obtener aprobación previa de nuestro plan antes de ingresar al centro; de lo contrario, su hospitalización **no** estará cubierta.

Nuestro plan cubre un número ilimitado de días para una hospitalización como paciente internado (consulte la *Tabla de Beneficios en el Capítulo 4* para conocer más).

L. Equipo médico duradero (DME)

L1. El DME como miembro de nuestro plan

DME incluye algunos elementos médicamente necesarios solicitados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias solicitadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos de asistencia para el habla, equipo y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Usted siempre es propietario de ciertos elementos de DME, como los protésicos.

En el de Otro tipo de DME que debe alquilar. Como miembro de nuestro plan, por lo general **no** será propietario del DME alquilado, sin importar cuánto tiempo lo haya alquilado.

A veces usted será dueño del artículo alquilado después de que Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) pague la cuota de alquiler *por* un cierto número de meses. A veces usted no podrá ser dueño del artículo sin importar cuánto tiempo lleve alquilado.

En determinadas circunstancias limitadas, transferiremos el derecho de propiedad del DME a usted. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para averiguar si usted será el dueño del artículo del DME o si lo alquilará. El Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarle a entender los requisitos que debe satisfacer para poseer el artículo del DME. Su proveedor le informará cuando le transfiramos el derecho de propiedad de un artículo del DME a usted.

Incluso si tuvo el DME por hasta 12 meses seguidos conforme a Medicare antes de unirse a nuestro plan, **no** será dueño del equipo.

L2. La propiedad del DME si se cambia a Medicare Original

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME se vuelven propietarias después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage (MA), el plan puede establecer el número de meses que las personas pueden alquilar ciertos tipos de DME antes de hacerse propietarios.

Deberá realizar los 13 pagos seguidos bajo Medicare Original, o deberá realizar el número de pagos seguidos que establezca el plan MA, para hacerse propietario del artículo DME si:

- No se hizo propietario del DME mientras estaba en nuestro plan; **y**
- abandona nuestro plan y obtiene los beneficios de Medicare fuera de cualquier plan médico en el programa de Medicare Original o un Plan MA.

Si realizó pagos para el artículo DME bajo Medicare Original o un plan MA antes de unirse a nuestro plan, **esos pagos a Medicare Original o al plan MA no cuentan para los pagos que debe realizar después de salir de nuestro plan.**

- Deberá realizar 13 nuevos pagos seguidos bajo Medicare Original, o el número de nuevos pagos seguidos que establezca el plan MA, para hacerse propietario del artículo DME.
- No hay excepciones a esto cuando vuelve a Medicare Original o al plan MA.

L3. Beneficios de equipo de oxígeno como miembro del plan

Si califica para el equipo de oxígeno cubierto por Medicare, cubrimos:

- Alquiler del equipo de oxígeno.
- Suministro y contenido de oxígeno.
- Tubos y accesorios relacionados para el suministro y el contenido de oxígeno.
- Mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno.

El equipo de oxígeno se debe devolver cuando ya no sea médicamente necesario o si usted deja nuestro plan.

L4. Equipo de oxígeno cuando cambia a Medicare Original o a otro plan Medicare Advantage (MA)

En el caso de que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario y **usted deje nuestro plan y se cambie a Medicare Original**, usted lo alquila a un proveedor durante 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubren el equipo de oxígeno y los suministros y servicios enumerados anteriormente.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo durante 36 meses**, su proveedor debe proporcionar lo siguiente:

- Equipo de oxígeno, suministros y servicios durante otros 24 meses.
- Equipo de oxígeno y suministros por hasta 5 años si es médicamente necesario.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al final del período de 5 años**:

- Su proveedor ya no tiene que proporcionarlo, y usted puede optar por recibir un equipo de reemplazo de cualquier otro proveedor.
- Comienza un nuevo período de 5 años.
- Usted alquila el equipo a un proveedor durante 36 meses.
- Luego, su proveedor proporciona el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios durante otros 24 meses.
- El ciclo nuevo comienza cada 5 años, siempre que el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted abandona nuestro plan y se cambia a otro plan MA**, el plan cubrirá como mínimo lo que cubre Medicare Original. Puede preguntar a su nuevo plan MA qué equipos y suministros de oxígeno cubre y cuáles serán sus costos.

Capítulo 4: Tabla de beneficios

Introducción

En este capítulo, se le informa acerca de los servicios que nuestro plan cubre y cualquier restricción o límite sobre aquellos servicios. También le informa acerca de beneficios no cubiertos bajo el plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Sus servicios cubiertos	51
B. Reglas contra los proveedores que le cobran por servicios	51
C. Sobre la Tabla de beneficios de nuestro plan	51
D. Tabla de beneficios de nuestro plan	53
E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan	111
E1. Transporte médico que no sea de emergencia	111
F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medicaid	112

A. Sus servicios cubiertos

En este capítulo, se le informa sobre los servicios que nuestro plan cubre. También puede obtener información acerca de los servicios que no están cubiertos. La información sobre los beneficios de medicamentos se encuentra en el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro*. En este capítulo también se explican los límites con respecto a algunos servicios.

Puesto que recibe asistencia de Medicaid, usted no paga nada por sus servicios cubiertos mientras siga las reglas del plan. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* para conocer las normas del plan.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a su coordinador de cuidados o al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.

B. Reglas contra los proveedores que le cobran por servicios

No permitimos que nuestros proveedores le facturen por los servicios cubiertos dentro de la red. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es así incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio.

Nunca debería recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si esto sucede, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro* o llame al Departamento de Servicios para Miembros.

C. Sobre la Tabla de beneficios de nuestro plan

La Tabla de beneficios le indica los servicios que paga nuestro plan. Allí se enumeran los servicios cubiertos por orden alfabético y se explican.

Pagamos por los servicios descritos en la Tabla de beneficios cuando se cumplen las siguientes normas. Usted **no paga** nada por los servicios enumerados en la Tabla de beneficios, siempre que cumpla con los requisitos descritos anteriormente.

- Proporcionamos servicios cubiertos por Medicare y Ohio Department of Medicaid de acuerdo con las normas establecidas por Medicare y Ohio Department of Medicaid.
- Los servicios (incluidos la atención médica, los servicios de salud conductual y por consumo de sustancias, los servicios y apoyos a largo plazo, los suministros, los equipos y los medicamentos) deben ser “médicamente necesarios”. Médicamente necesario se refiere a servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para evitar, diagnosticar o tratar una condición médica, o mantener su estado actual de salud. Esto incluye cuidados que eviten su ingreso a un hospital o centro de enfermería. También se refiere a servicios, suministros o medicamentos que cumplen los niveles aceptados de práctica médica.
- Para los nuevos inscritos, durante los primeros 90 días es posible que no le pidamos que obtenga la aprobación por adelantado para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.

- Usted recibe su atención médica de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red no será cubierta, a menos que sea atención de emergencia o requerida urgentemente o que su plan o un proveedor de la red le hayan dado una remisión. El **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* contiene información adicional acerca de cómo utilizar los proveedores de la red y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) o un equipo de atención que proporciona y administra su atención médica.
- Cubrimos algunos servicios que aparecen en la Tabla de beneficios únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene primero nuestra aprobación. Esto se denomina autorización previa (Prior Authorization, PA). En la Tabla de beneficios, marcamos con un asterisco (*) los servicios cubiertos que necesitan autorización previa (PA).
- Si su plan proporciona la aprobación de una solicitud de una autorización previa (PA) para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención, basándose en los criterios de cobertura, su historial médico y las recomendaciones del proveedor tratante.

Información importante sobre beneficios para miembros con ciertas condiciones crónicas.

- Si tiene cualquiera de las siguientes afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos criterios médicos, usted puede ser elegible para beneficios adicionales:
 - Trastornos cardiovasculares
 - Insuficiencia cardíaca crónica
 - Demencia
 - Diabetes mellitus
 - Trastornos pulmonares crónicos
 - Enfermedad renal crónica (CKD)
 - Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD)
 - Cáncer
 - Trastornos autoinmunitarios
 - Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico
 - Enfermedad gastrointestinal crónica
 - Trastornos hematológicos graves
 - VIH/SIDA
 - Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes
 - Trastornos neurológicos
 - Accidente cerebrovascular
 - Postrasplante de órgano
 - Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores
 - Afecciones asociadas con deterioro cognitivo

- Condiciones con desafíos funcionales
- Afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato
- Condiciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o mantengan el funcionamiento
- Le ayudaremos a acceder a estos beneficios. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros o a su coordinador de cuidados para iniciar su proceso de solicitud u obtener información adicional. Nota: al solicitar este beneficio, usted autoriza a los representantes de Molina Complete Care Plus a comunicarse con usted por teléfono, por correo o por cualquier otro método de comunicación que se indique expresamente en su solicitud.
- Consulte la fila “Ayuda con ciertas afecciones crónicas” en la Tabla de beneficios para obtener más información.
- Comuníquese para recibir más información.

Todos los servicios preventivos son gratuitos. Esta manzana  muestra los servicios preventivos en la Tabla de beneficios.

D. Tabla de beneficios de nuestro plan

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Examen de detección de aneurisma de la aorta abdominal Pagamos solo una vez por un examen preventivo de ecografía para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre este examen preventivo si posee ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión para ello de parte de su médico, auxiliar médico, enfermera especializada o especialista de enfermería clínica.	\$0
	Acupuntura* Pagamos hasta 12 consultas de acupuntura en 90 días si tiene lumbago crónico, definido de la siguiente manera: • dura 12 semanas o más; • no es específico (no tiene ninguna causa sistémica que pueda identificarse, como no estar asociada con enfermedad metastásica, inflamatoria o infecciosa); • no está asociado con una intervención quirúrgica; y • no está asociado con el embarazo. Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0 Es posible que se requiera autorización previa.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Acupuntura* (continuación) Además, pagamos ocho sesiones adicionales de acupuntura por lumbago crónico si muestra una mejoría. No puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico cada año. Los tratamientos de acupuntura deben suspenderse si no mejora o si empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos (como se define en 1861[r][1] de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (Physician Assistants, PA), enfermeros practicantes (Nurse Practitioners, NP)/enfermeros especialistas clínicos (Clinical Nurse Specialists, CNS) (como se identifican en 1861[aa][5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • una maestría o un título de doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia vigente, plena, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o District of Columbia. El personal auxiliar que realice acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.	
	Servicios de acupuntura (suplementarios)* El plan establece un máximo de hasta 12 consultas médicamente necesarias por cada año calendario para servicios de acupuntura. Los servicios de acupuntura suplementarios están cubiertos cuando se determinan como atención estándar médicamente aceptada para lo siguiente: Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0 Es posible que se requiera autorización previa.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Servicios de acupuntura (suplementarios)* (continuación) - dolor de cabeza; dolor en las articulaciones de la cadera o de la rodilla asociado con la osteoartritis (osteoarthritis, OA); u otro dolor en las articulaciones de las extremidades cuando es crónico y no responde a la atención médica estándar; síndromes de dolor que involucran las articulaciones y los tejidos blandos asociados; dolor musculoesquelético en el cuello y en la espalda; náuseas asociadas con la quimioterapia; náuseas posquirúrgicas; y náuseas asociadas con el embarazo. - Los servicios de acupuntura cubiertos no incluyen servicios para el tratamiento del asma o la adicción (lo que incluye, entre otros, dejar de fumar).	
	Examen de detección de abuso de alcohol y asesoramiento Pagamos por un examen de detección de abuso de alcohol para adultos que abusan del alcohol, pero no son dependientes de él. Esto incluye a las mujeres embarazadas. Si se le diagnostica que abusa del alcohol, puede obtener hasta cuatro sesiones presenciales breves de asesoramiento psicológico por año (si usted es competente y está alerta durante el asesoramiento psicológico) suministradas por un proveedor de atención primaria (PCP) capacitado o un proveedor médico en un entorno de atención primaria.	\$0
	Servicios de ambulancia y furgoneta para silla de ruedas Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea (avión y helicóptero). La ambulancia lo llevará al lugar más cercano que pueda brindarle atención médica. Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de cuidado pongan en riesgo su vida o su salud. Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0 Se necesita una autorización previa únicamente para ambulancia que no sea de emergencia.



	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Servicios de ambulancia y furgoneta para silla de ruedas (continuación) Los servicios de ambulancia para otros casos (no urgentes) deben ser aprobados por nosotros. En algunos casos que no son emergencias, es posible que paguemos una ambulancia o furgoneta para sillas de ruedas. Su condición debe ser lo suficientemente grave como para que otras formas de traslado a un centro de cuidado pongan en riesgo su vida o su salud.	
	Examen físico anual (suplementario)* El examen físico anual de rutina proporciona cobertura para servicios adicionales de examen físico que solo pueden ser prestados por un médico, enfermera practicante o auxiliar médico. Esta es una gran oportunidad para centrar la atención en la prevención y en los exámenes de detección. Durante un examen físico de rutina, el médico lo examinará para identificar problemas mediante inspección visual, palpación, auscultación y percusión. Los últimos tres involucran contacto físico directo con el paciente y son necesarios para identificar la presencia (o ausencia) de una afección física.	\$0 Si se requieren servicios adicionales, el proveedor lo referirá a un especialista o presentará una autorización previa si es necesario.
	Consulta preventiva anual Puede hacerse un chequeo médico anual. Esto es para elaborar o actualizar un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Pagamos por esto una vez cada 12 meses. Nota: su primera consulta preventiva anual no se puede realizar en los 12 meses posteriores a su visita preventiva de Bienvenida a Medicare. Sin embargo, no es necesario que se haya realizado una visita de Bienvenida a Medicare para tener cubiertas las consultas preventivas anuales luego de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	\$0
	Mediciones de masa ósea Pagamos por ciertos procedimientos para los miembros que califican (por lo general, alguien en riesgo de perder masa ósea o con riesgo de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, encuentran pérdida de masa ósea o determinan la calidad ósea. El plan cubre los servicios una vez cada 24 meses o más a menudo si son médicamente necesarios. También pagamos por un médico para que examine y opine sobre los resultados.	\$0

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Cubrimos los siguientes servicios: • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Un examen clínico de mamas cada 24 meses.	\$0
	Servicios de rehabilitación cardíaca (corazón) Pagamos por los servicios de rehabilitación cardíaca, tales como el ejercicio, la educación y el asesoramiento. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones y tener una orden del médico. También cubrimos programas intensivos de rehabilitación cardíaca, que son más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	\$0 Es posible que se requiera autorización previa.
	Consulta para reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (corazón) (tratamiento de enfermedades del corazón) Pagaremos por una consulta anual, o más de ser médicamente necesario, a su proveedor de atención primaria (PCP) para ayudar a reducir el riesgo de padecer enfermedades cardíacas. Durante la consulta, es posible que su médico haga lo siguiente: • hable sobre el uso de la aspirina; • mida su presión arterial • le de consejos para asegurarse de que está comiendo apropiadamente.	\$0
	Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares (del corazón) Pagaremos por los análisis de sangre para determinar si hay una enfermedad cardiovascular una vez cada cinco años (60 meses). Estos exámenes de la sangre también determinan si existen defectos debido a un alto riesgo de enfermedades cardíacas.	\$0

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Programa Caregiver Connect Los cuidadores obtienen más con los Beneficios de valor añadido. Los miembros de Community Well y Waiver pueden obtener una recompensa de \$75 por completar una evaluación de riesgos realizada por el cuidador. Los cuidadores obtienen acceso a: • 40 horas adicionales de cuidado de relevo por año calendario a cargo de un proveedor de la red • 8 viajes de ida por año calendario para visitar a un miembro en un hospital, centro de enfermería o centro de cuidados intermedios. • Programa Care Coach para asesoramiento en vivo, telefónico e individualizado. • Una plataforma de aprendizaje en línea para recursos de educación, capacitación y apoyo. • El programa de certificación Caregiver Essentials que proporciona aprendizaje experto a pedido para nuevos cuidadores. • Grupos de apoyo entre pares facilitados por expertos clínicamente capacitados para conectarse con otros cuidadores. Ciertos servicios pueden requerir la aprobación previa del plan médico.	\$0
	Examen de detección de cáncer vaginal y del cuello de útero Cubrimos los siguientes servicios: • Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y tactos vaginales una vez cada 24 meses. • Para las mujeres que presentan alto riesgo de cáncer cervical: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. • Para las mujeres que han tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos tres años y están en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	\$0
	Servicios quiroprácticos Cubrimos los siguientes servicios: • Ajustes de la columna vertebral para corregir la alineación.	\$0

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Servicios quiroprácticos (suplementarios) Aplica el máximo del plan hasta 12 visitas por cada año calendario. Usted tiene acceso a servicios destinados a permitir el alivio de dolores, inflamaciones, hinchazones o adormecimientos en las piernas y los pies cuando uno o más de los huesos de su columna se descolocan de su posición. Puede recibir tratamientos de manipulación manual para subluxaciones de la columna (limitados a ciertos procedimientos). Este beneficio cubre los mismos servicios que el beneficio quiropráctico cubierto por Medicare anterior, pero no requiere el mismo diagnóstico. Con este beneficio también puede recibir tratamientos de manipulación manual para subluxaciones de la columna. Para saber si el servicio que necesita está cubierto por Medicare o cubierto por este beneficio suplementario, comuníquese con su proveedor de la red.	\$0
	Servicios de control y tratamiento del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir la evaluación del dolor, el control de la medicación y la coordinación y planificación de la atención.	La distribución de costos de este servicio variará según los servicios individuales proporcionados durante el curso del tratamiento.
	Examen de detección de cáncer colorrectal Cubrimos los siguientes servicios: La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible anterior para pacientes que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia previa de detección. Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0 No se aplica el deducible de la Parte B. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Examen de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo de cáncer colorrectal y está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o han pasado 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen un alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o una colonografía por tomografía computadas. • Exámenes de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de alto riesgo. Cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que un examen de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroja un resultado positivo. • Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento proporcionado en relación con, como resultado de y en el mismo encuentro clínico que la prueba de detección.	

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Servicios dentales El MyCare Ohio Dental Program ofrece determinados servicios dentales, incluidos limpiezas, empastes y dentaduras. Pagamos por algunos servicios dentales cuando el servicio es una parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria de una persona. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta la mandíbula o los exámenes orales que preceden al trasplante de un órgano. Con Molina Healthcare, como beneficio de valor agregado, recibirá una asignación de \$6,000 por encima de la cobertura de Medicaid para usar en servicios dentales. Molina Healthcare of Ohio (MHO) cubrirá la atención dental preventiva adicional y una asignación máxima de cada año calendario para servicios dentales integrales selectos. Estos servicios incluyen lo siguiente: • Exámenes bucales: 2 de evaluación periodontal periódica, limitada, integral, por año calendario. 1 evaluación periodontal completa o exhaustiva de por vida, por proveedor o ubicación. • Radiografías dentales: Periapicales hasta 6 por año, aletas de mordida hasta 4 por año, tomosíntesis panorámica o intraoral: serie integral hasta 1 cada 5 años, y radiografía periapical de tomosíntesis intraoral 1 por año. • Tratamiento con flúor: 2 cada año. • Profilaxis (limpiezas): 2 cada año. • Servicios reconstituyentes: Hasta 6 empastes de amalgama o resina por año. • Hasta 2 incrustaciones/recubrimientos, coronas por año calendario. Para la reparación de la corona: Una por diente cada 5 años después de 6 meses de la colocación inicial. • Endodoncias: 1 por diente por año. • Periodoncia: Limpieza de sarro y alisado radicular 4 cuadrantes por 2 años calendario; 1 desbridamiento completo de la boca por año calendario; 2 mantenimientos periodontales por año calendario. Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Servicios dentales (continuación) • Prostodoncia (removable): 4 reparaciones que incluyen dientes faltantes, broche, agregado de dientes, reemplazo de dientes, rebases, revestimientos o revestimiento blando para dentaduras postizas completas/parciales por año calendario. También cubre 1 dentadura postiza (completa, parcial o inmediata) cada 3 años. • Cirugía bucal y maxilofacial: 8 extracciones simples cada año calendario; hasta 3 extirpaciones de dientes quirúrgicos o impactados cada año calendario; e incisión y drenaje de abscesos 1 por diente de por vida. • Servicios generales adicionales: Sedación sin límite según necesidad médica; sedación profunda con cirugía oral, sedación intravenosa con cirugía oral. Para cuidados paliativos: Hasta 4 cada año calendario. <i>Algunos servicios están cubiertos solo si son médicamente necesarios. Algunos servicios necesitan una autorización previa.</i>	
	Examen de detección de depresión Pagamos por un examen preventivo de la depresión una vez por año. El examen de detección debe hacerse en un entorno de atención primaria que brinde tratamientos de seguimiento o remisiones.	\$0
	Examen de detección de diabetes Pagamos este examen preventivo (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: • Presión arterial alta (hipertensión). • Historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia). • Obesidad. • Historial de alto nivel de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas podrían estar cubiertas en algunos otros casos, como por ejemplo, si tiene sobrepeso y tiene antecedentes familiares de diabetes. Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Examen de detección de diabetes (continuación) Puede optar a un máximo de dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de su examen de detección de diabetes más reciente.	
	Suministros, servicios y capacitación para el autocontrol de la diabetes Pagamos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no): • Suministros para comprobar su glucosa en sangre, incluidos los siguientes: ◦ Un monitor de glucosa en sangre. ◦ Tiras de prueba de glucosa en sangre. ◦ Lancetas y dispositivos para lancetas. ◦ Soluciones para control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Monitores de glucosa (azúcar) en sangre. - Cubiertos cuando su médico los receta para que usted los use en casa. - Los monitores de glucosa de marca preferida no requieren de autorización previa. • Tiras de prueba de glucosa (azúcar) en la sangre. - Las tiras de prueba de glucosa en la sangre de marca preferida no requieren de autorización previa. - Pueden ser limitadas a un suministro de 30 días cada vez que las surte. - True Metrix es nuestro fabricante preferido de suministros para diabéticos. Consulte nuestro formulario del plan para obtener más información o llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información adicional. • Soluciones para control de glucosa para controlar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0 Los suministros están cubiertos cuando tiene una receta y la surte en una farmacia minorista de la red o a través del programa de Farmacia de Servicio por Correo. Consulte “Cuidado para la visión” en esta tabla para acceder a los servicios del médico si necesita un examen de la vista para retinopatía diabética o detección de glaucoma. Consulte “Servicios de podología” en esta tabla si es diabético y necesita un médico para que le realice un examen de los pies. Consulte “Terapia de nutrición médica” en esta tabla si es diabético y necesita servicios de terapia de nutrición médica (Medical Nutrition Therapy, MNT). Puede que se requiera autorización previa para

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Suministros, servicios y capacitación para el autocontrol de la diabetes (continuación) • Para las personas diabéticas que padecen la enfermedad de pie diabético grave, pagamos lo siguiente: ◦ Un par de zapatos terapéuticos moldeados a la medida con el ajuste incluido (plantillas incluidas) y dos pares adicionales de plantillas cada año calendario, o ◦ Un par de zapatos de profundidad con el ajuste incluido y tres pares de plantillas cada año (sin incluir las plantillas removibles no personalizadas suministradas con dichos zapatos). • En algunos casos, pagamos capacitación para ayudarle a controlar su diabetes. Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Los servicios diabéticos cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Examen de la vista y pruebas de glaucoma anuales. • Exámenes de los pies. • Servicios de tratamiento nutricional médico (Medical Nutrition Therapy, MNT).	los suministros de calzado y plantillas para personas diabéticas. No se requiere autorización previa para fabricantes preferidos.
	Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados Consulte el Capítulo 12 de este <i>Manual del Miembro</i> para obtener una definición de “Equipo médico duradero (DME)”. Cubrimos los siguientes artículos: • Sillas de ruedas. • Muletas. • Sistemas de colchones eléctricos. • Suministros para diabéticos. • Camas de hospitales pedidas por un proveedor para su uso en el hogar. • Bomba de infusión intravenosa (IV) y tubo. • Dispositivos de asistencia para el habla. Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0 Es posible que se requiera autorización previa. No se requiere autorización previa para fabricantes preferidos.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación) • Equipos y suministros de oxígeno. • Nebulizadores. • Andadores. • Bastón estándar de mango curvo o bastón cuádruple y materiales de reemplazo. • Tracción cervical (puerta basculante). • Estimulador del hueso. • Equipo para la atención de la diálisis. Otros artículos pueden estar cubiertos. Pagamos todos los DME médicamente necesarios que Medicare y Medicaid suelen pagar. Si uno de nuestros proveedores en su área no vende una marca o no trabaja con un fabricante en particular, puede solicitarle que haga un pedido especial para usted. Por lo general, nuestro plan cubre cualquier DME cubierto por Medicare y Medicaid de las marcas y fabricantes de esta lista. No cubrimos otras marcas y fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos indiquen que usted necesita la marca. Si usted es nuevo en nuestro plan y usa una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos pagando por esta marca hasta un plazo de 90 días. Durante este tiempo, hable con su médico para decidir qué marca es adecuada desde el punto de vista médico para usted después de este periodo de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo remita para obtener una segunda opinión). Si usted (o su médico) no está de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro plan, usted o su médico pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su médico sobre el producto o la marca apropiados para su condición médica. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9 de este <i>Manual del Miembro</i>.	

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Atención de emergencia Atención de emergencia significa los siguientes servicios: • prestados por un proveedor capacitado para proporcionar servicios de emergencia, y • necesarios para la evaluación o el tratamiento de una emergencia médica. Una emergencia médica es una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una condición médica que empeora rápidamente. La afección es tan grave que, si no recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona que tenga un conocimiento promedio de medicina y salud podría esperar que suceda lo siguiente: • serio riesgo para su vida o para la de su hijo nonato; o • grave daño en las funciones corporales; o • la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. • en caso de una mujer embarazada en trabajo de parto, cuando: ◦ No hay suficiente tiempo para trasladarla a otro hospital antes del parto. ◦ Un traslado a otro hospital puede representar un riesgo para su salud o su seguridad o las del niño nonato. La atención de emergencia fuera de los Estados Unidos (EE. UU.) puede estar cubierta conforme al beneficio de cobertura internacional de emergencia. Ofrecemos una cobertura de emergencias internacional de hasta \$10,000 cada año calendario para la atención de emergencia y posterior a la estabilización. Consulte “Cobertura internacional de atención de emergencia” en esta tabla para obtener más información.	\$0 Si es admitido en un hospital, según se describe en “Atención hospitalaria para pacientes internados” en esta tabla. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención durante la hospitalización después de que su emergencia se haya estabilizado, debe acudir a un hospital de la red para que se cubra su atención médica. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para la atención de pacientes únicamente si su plan aprueba su permanencia.
	Servicios de planificación familiar La ley le permite elegir cualquier proveedor, ya sea un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red, para ciertos servicios de planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar. Cubrimos los siguientes servicios: Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Servicios de planificación familiar (continuación) • Examen de planificación familiar y tratamiento médico. • Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico de planificación familiar. • Métodos de planificación familiar (anticonceptivos intrauterinos/ DIU, implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parche o anillo). • Suministros de planificación familiar con receta médica (condón, esponja, espuma, placa, diafragma, capuchón). • Asesoramiento y diagnóstico de la infertilidad y servicios relacionados. • Asesoramiento, pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS). • Asesoramiento y pruebas para detectar VIH, SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH. • Anticoncepción permanente (debe tener 21 años o más para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización por lo menos 30 días antes, pero no más de 180 días antes, de la fecha de la cirugía). • Asesoramiento genético. También pagamos por algunos otros servicios de planificación familiar. Sin embargo, deberá acudir a un proveedor de nuestra red para los siguientes servicios: • El tratamiento de condiciones médicas de infertilidad (este servicio no incluye formas artificiales para quedar embarazada). • Tratamiento para el SIDA y otras afecciones relacionadas con el VIH. • Pruebas genéticas.	
	Centros de salud acreditados a nivel federal El plan cubre los siguientes servicios en centros de salud acreditados a nivel federal: • Visitas al consultorio de atención primaria y servicios de especialistas. • Servicios de fisioterapia. Este beneficio continúa en la siguiente página	

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Centros de salud acreditados a nivel federal (continuación) • Servicios de patologías del habla y audiología. • Servicios dentales. • Servicios de podología. • Servicios ópticos o de optometría. • Servicios quiroprácticos. • Servicios de transporte. • Servicios de salud mental. Nota: usted puede obtener los servicios de un centro de salud acreditado a nivel federal de la red o fuera de la red.	
	Beneficio de Gimnasio: El Programa Silver&Fit® Usted recibe una membresía en los gimnasios participantes. Si no puede asistir a un gimnasio o prefiere también ejercitarse en casa, puede seleccionar un equipo para ejercitar en casa. El equipo le ayudará a mantenerse activo en la comodidad de su casa. Las opciones de ejercicio en casa incluyen la elección de un rastreador de ejercicio, equipos de fuerza o yoga. Si decide ejercitarse en un centro de acondicionamiento físico, puede visitar el sitio web y seleccionar un centro participante, o bien puede ir directamente a un centro de acondicionamiento físico participante para comenzar. Las instalaciones y las cadenas de gimnasios participantes pueden variar según la ubicación y están sujetos a cambios. Los equipos están sujetos a cambios. Visite https://www.molinahealthcare.com/members/oh/en-us/mem/medicare/benefits-and-services.aspx para obtener más información.	\$0 Siempre hable con su médico antes de comenzar o cambiar su rutina de ejercicios.
	Programas educativos sobre salud y bienestar Programas de control de la salud Tenemos programas disponibles para ayudarle a manejar una afección médica diagnosticada. Los programas incluyen: • Control del asma. • Control de la depresión. • Control de la diabetes. Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación) • Control de la presión arterial alta. • Control de enfermedades cardiovasculares (Cardiovascular Disease, CVD). • Control de enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD). • Programa para embarazadas. Hay materiales de aprendizaje y datos útiles para su cuidado disponibles. También le podemos ayudar a trabajar con su proveedor. Inscripción en Programas de control de la salud: • Se le inscribe automáticamente en los programas que responden mejor a sus necesidades según los datos de facturación médicos o de la farmacia. • También se puede inscribir a través de su proveedor o autorreferirse. Hay ciertos requisitos que debe cumplir para inscribirse. Cancelación de la inscripción a Programas de control de la salud: • Estos programas son voluntarios y usted puede optar por retirarse de un programa en cualquier momento. Puede obtener más información o inscribirse en cualquiera de los programas anteriores llamando a nuestro Departamento de Control de Salud al (866) 891-2320 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 6 a.m. a 6 p.m. (hora estándar del Pacífico). Programas de promoción de la salud Otros programas diseñados para enriquecer su salud y estilo de vida también están disponibles, tales como: • Un programa para el control de peso. Para obtener información o materiales para controlar el peso, llame al (866) 472-9483 (TTY/TDD: 711), de lunes a viernes, de 6 a.m. a 6 p.m. (hora estándar del Pacífico). Este beneficio continúa en la siguiente página	

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación) Asesoría nutricional/alimentaria Consulte el beneficio “Asesoramiento nutricional (suplementario)” en esta tabla. Línea de consejos de enfermería Ya sea que usted tenga una preocupación de salud inmediata, preguntas acerca de una condición médica, o si desea información general acerca de los recursos de salud disponibles, la línea de consejos de enfermería está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El número de teléfono gratuito de la Línea de Consejos de Enfermería es: (888) 275-8750, TTY: (TTY/TDD: 711) Una enfermera registrada le ayudará a determinar si usted puede gestionar su atención médica en su hogar o si necesita de la atención de un profesional médico. Llame a cualquier hora, día o noche, para hablar con una enfermera registrada acerca de sus enfermedades o heridas. • No es necesario contar con una derivación o autorización previa. Este servicio no debe ser usado en caso de emergencias. En caso de una emergencia, marque 911 inmediatamente.	
	Servicios de audición Pagamos por pruebas de equilibrio y audición realizadas por su proveedor. Estas pruebas le informan si necesita un tratamiento médico. Están cubiertas como atención médica ambulatoria cuando las proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor aprobado. • Audífonos, baterías y accesorios (incluyendo reparación o reemplazo). ◦ Los audífonos convencionales están cubiertos una vez cada 4 años. ◦ Los audífonos digitales/programables están cubiertos una vez cada 5 años. Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0 Algunos servicios podrían necesitar una autorización previa.



	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Servicios de audición (continuación) Además de los servicios de audición cubiertos por Medicare, Molina Healthcare of Ohio (MHO) cubrirá los exámenes auditivos de rutina cada año calendario y los accesorios de audífonos cada año calendario cuando sea necesario como un beneficio de valor añadido. MHO también cubrirá audífonos seleccionados cada 2 años (para ambos oídos combinados) como un beneficio de valor añadido. Además, los miembros con pérdida auditiva de leve a moderada pueden elegir un audífono de venta libre que no requiera receta médica.	
	Examen de detección de VIH Pagamos por un examen preventivo de VIH cada 12 meses para personas que cumplan con los siguientes requisitos: • soliciten una prueba de detección de VIH; o • tengan mayor riesgo de infección por VIH. Si está embarazada, pagamos hasta tres exámenes de detección de VIH durante el embarazo.	\$0 para los miembros elegibles para la prueba de detección preventiva del VIH cubierta por Medicare
	Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad El plan cubre los siguientes servicios de exención basados en el hogar y la comunidad: • Servicios médicos para adultos durante el día. • Servicio de alimentos alternativos. • Asistente para cuidados a domicilio de Choices. • Tareas domésticas. • Servicios para transición a la comunidad. • Servicios mejorados de vida comunitaria. • Asistente para atención domiciliaria. • Comidas entregadas en el domicilio. • Servicios de equipo médico y dispositivos de asistencia y adaptación suplementaria a domicilio. • Modificación, mantenimiento y reparación del hogar. • Servicios de asistencia en el hogar. Este beneficio continúa en la siguiente página	Estos servicios están disponibles solo si su necesidad de cuidado a largo plazo fue determinada por el Departamento de Medicaid de Ohio. Usted podría ser responsable por pagar una responsabilidad de paciente por los servicios de exención. El Departamento de Empleo y Servicios de Familia del Condado determinará si sus ingresos y ciertos gastos requieren que usted tenga una

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Servicios de exención basados en el hogar y la comunidad (continuación) • Asistencia para la vida independiente. • Orientación nutricional. • Servicios de relevo fuera del hogar. • Servicios de asistencia para el cuidado personal. • Servicios personales de respuesta a emergencias. • Control de plagas. • Asesoramiento de trabajador social. • Servicios de exención para enfermería. • Exención para transporte.	responsabilidad de paciente.
	Atención de una agencia de atención médica domiciliaria Antes de que pueda obtener servicios médicos domiciliarios, un médico debe indicarnos que los necesita, y estos deben ser proporcionados por una agencia de atención médica domiciliaria. Debe estar confinado en casa, lo cual significa que salir de su casa representa un esfuerzo mayor. Pagamos por los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran aquí: • Servicios de auxiliar de atención médica domiciliaria y de enfermeros de tiempo parcial o intermitente (para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de enfermería especializada y de auxiliar de atención médica domiciliaria combinados deben ser inferiores a 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos.	\$0 Algunos servicios de atención médica domiciliaria podrían necesitar una autorización previa.
	Terapia de infusiones en el hogar Nuestro plan paga por la terapia de infusiones en el hogar, definida como medicamentos o sustancias biológicas administrados por vía intravenosa o subcutánea que se le proporcionarán en su hogar. Se necesita lo siguiente para realizar la infusión en el hogar: Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0 Es posible que se requiera autorización previa.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Terapia de infusiones en el hogar (continuación) • el medicamento o sustancia biológica, como un antiviral o inmunoglobulina; • equipos, como una bomba; y • suministros, como un tubo o un catéter. Nuestro plan cubre los servicios de infusión en el hogar, que incluyen, entre otros, lo siguiente: • servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con su plan de atención; • capacitación y educación de los miembros que aún no están incluidas en el beneficio de DME; • monitoreo remoto; y • servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusiones en el hogar y medicamentos para este tratamiento que haya suministrado un proveedor calificado en terapia de infusiones en el hogar.	
	Cuidados paliativos Tiene derecho a elegir cuidados paliativos si su proveedor y el director médico del centro de cuidados paliativos determinan que tiene un pronóstico terminal. Esto significa que usted tiene una enfermedad terminal y que tiene una esperanza de vida de seis meses o menos. Puede obtener cuidados de cualquier programa de centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan debe ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que poseemos, controlamos o sobre los cuales tenemos una participación financiera. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos para tratar el dolor y los síntomas. • Servicios de atención de relevo a corto plazo. • Atención a domicilio. • Centro de enfermería. Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0 Si quiere servicios de centro de cuidados paliativos en un centro de enfermería, se le pedirá que utilice un centro de enfermería de la red. Además, podría ser responsable de pagar una responsabilidad de paciente por servicios del centro de enfermería, luego de que se utilice el beneficio del centro de enfermería de Medicare. El Departamento de Empleo y Servicios de Familia del Condado determinará si sus ingresos y ciertos gastos

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Cuidados paliativos (continuación) Los servicios de cuidados paliativos y servicios cubiertos por Medicare Part A o Medicare Part B que estén relacionados con su pronóstico terminal se facturan a Medicare: • Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará al proveedor por sus servicios de cuidado paliativo, y cualquier servicio de la Parte A y de la Parte B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Medicare Original los servicios que paga Medicare Original. Para servicios que están cubiertos por nuestro plan, pero no por Medicare Part A o Medicare Part B: • Nuestro plan cubre los servicios que no estén cubiertos por Medicare Part A o Medicare Part B. Cubriremos los servicios que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted no paga nada por estos servicios. Para los medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de Medicare Part D de nuestro plan: • Los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual del miembro</i>. Nota: si necesita un cuidado distinto de los cuidados paliativos, llame a su coordinador de cuidados o al Departamento de Servicios para Miembros para coordinar los servicios. La atención distinta a los cuidados paliativos es la que no está relacionada con su pronóstico terminal.	requieren que usted tenga una responsabilidad de paciente.
	Inmunizaciones Cubrimos los siguientes servicios: • Vacunas contra la neumonía. • Vacunas para menores de 21 años. Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Inmunizaciones (continuación) • Vacunas contra la gripe/influenza, una vez cada temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe/influenza si es médicamente necesario. • Vacuna contra la hepatitis B si tiene alto riesgo o riesgo intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra el COVID-19. • Otras vacunas, si corre riesgo y estas responden a las normas de cobertura de Medicare Part B. Pagamos por otras vacunas que cumplen con las normas de cobertura de Medicare Part D. Consulte el Capítulo 6 de este <i>Manual del Miembro</i> para obtener más información.	
	Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación, atención a largo plazo y otros servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día previo a ser dado de alta es el último día como paciente internado. Pagamos por los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se enumeran aquí: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería de rutina. • Costos de unidades de cuidados especiales como las unidades de cuidados intensivos o coronarias. • Medicamentos y medicinas. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios. • Aparatos, tales como sillas de ruedas. • Servicios de quirófano y sala de recuperación. Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0 Debe obtener aprobación de nuestro plan para recibir atención durante la internación en un hospital fuera de la red después de que su emergencia esté bajo control. Una vez que ha utilizado estos días cubiertos por Medicare, su cobertura de Medicaid cubrirá días adicionales según sea médicamente necesario.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios para pacientes internados por abuso de sustancias. • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, cardiopulmonar, médula ósea, células madre e intestinos/multivisceral. Si necesita un trasplante, un centro de trasplantes aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es un candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o externos al área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales aceptan la tarifa de Medicare, entonces usted puede optar por recibir servicios de trasplante localmente o fuera del patrón de atención para su comunidad. Si nuestro plan provee servicios de trasplante fuera del patrón de atención para nuestra comunidad y elige obtener el trasplante ahí, coordinamos o pagamos los costos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. Si se aprobó y programó un trasplante antes de usted unirse a nuestro plan, Molina Complete Care for MyCare Ohio deberá cubrir el trasplante. • Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura comienza a regir a partir de las primeras tres pintas de sangre que usted requiera. • Servicios del médico Nota: para que usted pase a ser un paciente internado, su proveedor debe redactar una orden para que usted quede formalmente internado en el hospital. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es un paciente internado o ambulatorio, consulte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare <i>Hospital Benefits (Beneficios hospitalarios)</i> de Medicare. Esta hoja de datos está disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.	

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico Pagamos por servicios de atención de salud mental que requieren de una hospitalización. - Atención de psiquiatría para un paciente internado en un hospital psiquiátrico independiente privado o público, o en un hospital general. - Para miembros entre 22 y 64 años de edad en un hospital psiquiátrico independiente con más de 16 camas, hay un límite vitalicio de 190 días. - Atención de desintoxicación para pacientes internados. - Si usted está en un hospital psiquiátrico (en lugar de un hospital general), Medicare solo paga hasta 190 días de servicios hospitalarios psiquiátricos durante su vida. - Si usted utilizó parte de su límite de por vida de 190 días antes de inscribirse en nuestro plan, entonces el número de días de hospital de por vida cubiertos se reduce por la cantidad de días de hospitalización para tratamiento de atención de salud mental previamente cubierto por Medicare en un hospital psiquiátrico. - El límite de 190 días no se aplica a servicios de salud mental proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. - No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios que puede tener cuando recibe atención de salud mental en un hospital general. También puede tener varios periodos de beneficios cuando recibe atención en un hospital psiquiátrico, pero hay un límite de por vida de 190 días. Medicare no cubre: - Servicios privados de enfermería. - Un teléfono o televisor en su habitación. - Una habitación privada (a menos que sea médicamente necesaria).	\$0 Paga \$0 por una hospitalización de entre 1 y 90 días por periodo de beneficios. Nuestro plan cubre 60 días de “días de reserva de por vida”. Estos son días “extra” que cubrimos. Si su hospitalización supera los 90 días por periodo de beneficios, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación en el hospital se limitará a 90 días por periodo de beneficios. Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que se establezca su cuadro de emergencia, su costo es la distribución de costos que pagaría en un hospital de la red. Es posible que se requiera autorización previa.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Hospitalizaciones: Los servicios cubiertos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta No pagamos por su estadía como paciente hospitalizado si ha utilizado todos sus beneficios como paciente hospitalizado o si la estadía no es razonable y médicamente necesaria. Sin embargo, en ciertas situaciones en las que la atención durante la hospitalización no está cubierta, podemos pagar los servicios que recibe mientras está en un hospital o centro de enfermería. Para obtener más información, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Pagamos por los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran aquí: • Servicios de médicos. • Pruebas de diagnóstico, tales como análisis de laboratorio. • Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios técnicos. • Apósitos quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y luxaciones. • Aparatos protésicos y ortopédicos, que no sean dentales, incluyendo reemplazo o reparación de dichos aparatos. Son dispositivos que reemplazan todo o parte de lo siguiente: ◦ un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo) o ◦ la función de un órgano interno dañado o que no funciona bien. • ortesis para piernas, brazos, espalda y cuello, amarres y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye ajustes, reparaciones y sustituciones necesarios debido a rotura, desgaste, pérdida o un cambio en su afección. • fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.	\$0 Algunos servicios de hospitalización podrían necesitar una autorización previa.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Materiales y servicios para enfermedades renales Cubrimos los siguientes servicios: • Servicios educativos de enfermedades renales para enseñar acerca del cuidado de los riñones y ayudarlo a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. Debe tener una enfermedad renal crónica de fase IV y su médico debe remitirlo. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre enfermedades renales. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3 de este <i>Manual del Miembro</i>, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o no puede atender pacientes de manera provisional. • Tratamientos de diálisis a pacientes internados, si usted es ingresado en un hospital para recibir cuidados especiales. • Capacitación para autodiálisis, que incluye capacitación para usted y cualquier persona que le ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en su domicilio. • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio. • Ciertos servicios de soporte a domicilio, tales como consultas necesarias de trabajadores de diálisis entrenados para controlar la diálisis en el domicilio, para asistir en casos de emergencia y efectuar una revisión de su equipo de diálisis y suministro de agua. Medicare Part B paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte la sección “Medicamentos de Medicare Part B” en esta tabla.	\$0

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT) El plan paga un examen de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si: • tiene entre 50 y 77 años, y • tiene una consulta de asesoramiento y toma de decisión conjunta con su médico u otro proveedor calificado, y • ha fumado al menos 1 paquete por día durante 20 años sin signos o síntomas de cáncer de pulmón, o si ahora fuma o ha dejado de fumar en los últimos 15 años. Después del primer examen preventivo, nuestro plan paga por otro examen preventivo cada año con una orden escrita de su médico u otro proveedor aprobado. Si un proveedor opta por proporcionar un asesoramiento de examen de detección de cáncer de pulmón y consulta de toma de decisión compartida para exámenes de detección de cáncer de pulmón, la consulta debe cumplir los criterios de Medicare para dichas consultas.	\$0
	Beneficio de comidas: comidas para condiciones crónicas (suplementarias) Según este beneficio, si tiene una condición crónica elegible, como diabetes, insuficiencia cardíaca crónica, trastornos cardiovasculares (limitados a arritmias cardíacas, enfermedad arterial coronaria, enfermedad vascular periférica y trastorno tromboembólico venoso crónico), demencia o trastornos pulmonares crónicos. Usted recibe 14 comidas cada mes, durante 12 meses en el año calendario (168 comidas en total). Los tipos de comida se basarán en cualquier necesidad alimentaria que usted pueda tener. Debe cumplir con los criterios aprobados por el plan.	Es posible que se requiera autorización previa.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Beneficio de comidas: después del alta (suplementario)* Este beneficio está destinado a mantenerlo saludable y fuerte después de una hospitalización o de haber estado en un centro de enfermería especializada (SNF), o por una condición médica o posible condición médica que requiera que permanezca en su hogar durante un tiempo. Su administrador de casos o su médico decidirán si usted necesita este beneficio. Su médico puede solicitar este beneficio si usted tiene ciertas afecciones crónicas. El beneficio proporciona 2 comidas al día, durante 14 días con un total de 28 comidas entregadas. Los tipos de comida se basarán en cualquier necesidad alimentaria que usted pueda tener. Usted también puede recibir los beneficios del programa de 28 comidas adicionales durante 14 días con aprobación. Se aplica una cobertura máxima del plan de 4 semanas, y hasta 56 comidas cada año calendario. Su administrador de casos ordenará sus comidas por usted y serán entregadas en su casa. La primera entrega suele llegar en un plazo de 72 horas (3 días hábiles) a partir del procesamiento del pedido. Nos pondremos en contacto con usted antes de las fechas de entrega.	Es posible que se requiera autorización previa.
	Terapia de nutrición médica Este beneficio es para las personas con diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando lo indique su médico. Pagamos tres horas de servicios de asesoramiento personal durante el primer año en que reciba servicios de terapia de nutrición médica de Medicare. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios. Cubrimos dos horas de servicios de asesoramiento personal cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda obtener más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar la orden cada año, si necesita tratamiento el próximo año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios.	\$0 La autorización previa no es necesaria cuando los servicios se brindan en el consultorio de un proveedor de la red o en un centro de diagnóstico independiente.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Nuestro plan paga por los servicios del MDPP para las personas elegibles. El MDPP está diseñado para ayudar a incrementar un comportamiento saludable. Proporciona capacitación práctica en: cambio alimentario a largo plazo; y aumento de actividad física; y formas de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	\$0
	Medicamentos de Medicare Part B Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos: • Medicamentos que, por lo general, usted no se administra a sí mismo y se inyectan o se infunden mientras obtiene servicios de un centro de cirugía ambulatoria, cuidado ambulatorio o de un médico. • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos administrados por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) que nuestro plan autoriza. • El medicamento contra el Alzheimer, Leqembi[®], (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. • Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección, si tiene hemofilia. • Medicamentos de trasplante/Medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para el trasplante si Medicare pagó su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. Medicare Part D cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos que se inyectan para la osteoporosis. Pagamos estos medicamentos si usted está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con osteoporosis posmenopáusica y usted no puede inyectarse el medicamento. Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0 Se necesita autorización previa. Es posible que la terapia escalonada sea necesaria para ciertos medicamentos.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Medicamentos de Medicare Part B (continuación) • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • Ciertos fármacos anticancerígenos orales: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que usted toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que se disponga de nuevos medicamentos contra el cáncer oral, la Parte B podrá cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hace. • Medicamentos orales contra la náusea: Medicare cubre los medicamentos orales contra la náusea que utiliza como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o en las 48 horas siguientes a la quimioterapia o se utilizan como sustitución terapéutica completa de un medicamento contra la náusea por vía intravenosa. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) si están cubiertos por Medicare Part B. • Medicamentos calcimiméticos y quelantes del fosfato bajo el sistema de pago ESRD, incluyendo el medicamento intravenoso Parsabiv®, y el medicamento oral Sensipar. • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina, cuando es médicamente necesario, y los anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene ESRD o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones (como Retacrit®, Aranesp®). • Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en casa de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda). Este beneficio continúa en la siguiente página	

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Medicamentos de Medicare Part B (continuación) El siguiente enlace le dirigirá a una lista de medicamentos de Medicare Part B que pueden estar sujetos a terapia escalonada: MolinaHealthcare.com/Medicare. También cubrimos algunas vacunas bajo Medicare Part B y la mayoría de las vacunas para adultos según nuestro beneficio de medicamentos de Medicare Part D. En el Capítulo 5 de este <i>Manual del Miembro</i>, se explica nuestro beneficio de medicamentos. Explica las reglas que usted debe seguir para contar con la cobertura de recetas médicas. En el Capítulo 6 de este <i>Manual del Miembro</i>, se explica lo que usted paga por sus medicamentos a través de nuestro plan.	
	Tarjeta de débito prefinanciada (Molina Complete Care Card) Usted recibe \$230 de asignación combinada mensual en una tarjeta de débito prefinanciada que se puede utilizar para determinados beneficios suplementarios del plan, tales como: • Artículos de venta libre • Alimentos y productos agrícolas*. • Transporte para necesidades no médicas* • Servicios públicos* • Asistencia para el alquiler* *Se aplican requisitos de elegibilidad La tarjeta de débito prefinanciada no es una tarjeta de crédito. No puede convertir la tarjeta en efectivo ni prestarla a otras personas. Los fondos se cargan a la tarjeta cada mes. Al final de cada mes, cualquier fondo asignado no utilizado no se transferirá al siguiente mes o año del plan. Si abandona el plan, los fondos asignados no utilizados se revierten al plan después de la fecha de cancelación de su inscripción. Las asignaciones para la tarjeta de débito prefinanciada (Molina Complete Care) solo se pueden utilizar para acceder al beneficio suplementario especificado hasta el límite definido. Esta asignación solo puede ser utilizada por el miembro y no se puede aplicar a ningún otro beneficio o costo. Este beneficio continúa en la siguiente página	No se aplica coseguro, copago ni deducible a su tarjeta de débito prefinanciada (Molina Complete Care).

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Tarjeta de débito prefinanciada (Molina Complete Care Card) (continuación) Para obtener más información sobre cómo calificar para el beneficio de Alimentos y Productos bajo Beneficios Suplementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Medicare Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP). Para acceder a los subsidios de SSBCI, los miembros deben tener una afección crónica que califique; una Evaluación de Riesgos de la Salud (Health Risk Assessment, HRA) válida completada para su inscripción actual en Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP); y proporcionar la aprobación del médico en conjunto con el Manejo de Casos de Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP). Consulte “Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas” en esta tabla para obtener más información.	
	Atención en centros de enfermería Un centro de enfermería (Nursing Facility, NF) es un lugar que brinda cuidados a las personas que no pueden recibirlos en el hogar, pero que no necesitan estar en un hospital. Los servicios que pagamos incluyen, entre otros, lo siguiente: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Terapia respiratoria. • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención médica. (Esto incluye sustancias que naturalmente están presentes en el cuerpo, tales como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre, incluyendo su conservación y administración. • Materiales médicos y quirúrgicos habitualmente suministrados por centros de enfermería. • Análisis de laboratorio habitualmente realizados por centros de enfermería. Este beneficio continúa en la siguiente página	Las estadías en centros de enfermería de custodia no requieren autorización previa. Todos los demás servicios del centro de enfermería necesitan autorización previa. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para conocer más sobre los proveedores disponibles. El número telefónico se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Atención en centros de enfermería (continuación) • Radiografías y otros servicios de radiología, habitualmente administrados por centros de enfermería. • Uso de aparatos, tales como sillas de ruedas habitualmente proporcionados por centros de enfermería. • Servicios de médicos/proveedores médicos. • Equipo médico duradero. • Servicios dentales, incluidas las dentaduras postizas. • Beneficios de la vista. • Exámenes auditivos. • Atención quiropráctica. • Servicios de podología. Por lo general, usted obtiene su atención de centros de la red. Sin embargo, usted puede obtener su atención en un centro que no pertenece a nuestra red. Puede obtener atención en los siguientes centros si aceptan las sumas de nuestro plan para el pago: • Una residencia para ancianos o una comunidad de jubilación de cuidado continuo donde usted vivía justo el día en que se convirtió en miembro de Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP). • Un centro de enfermería o una comunidad de jubilados de cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que se provea la atención de un centro de enfermería). • Un centro de enfermería donde su cónyuge o pareja vive en el momento en que usted deja el hospital.	
	Asesoramiento nutricional (suplementario)* Puede obtener asesoría nutricional telefónica individual a solicitud. Su proveedor deberá completar y firmar un formulario de remisión para educación sobre salud de manera que tengamos una idea clara de sus necesidades antes de llamarle. • La intervención telefónica tiene una duración de 30 a 60 minutos. Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Asesoramiento nutricional (suplementario)* (continuación) Se le entregará información de contacto para obtener información o seguimiento adicionales según sea necesario o lo desee. Usted también puede obtener hasta 12 sesiones individuales presenciales o grupales cada año calendario. Su proveedor le referirá a un dietista dentro de la red para estos servicios.	
	Examen de detección de la obesidad y terapia para bajar de peso Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagamos por asesoramiento para ayudarle a bajar de peso. Debe obtener el asesoramiento en un entorno de atención primaria. De esa forma, se puede administrar con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de atención primaria para obtener más información.	\$0
	Servicios de programas para tratamiento de opioides (Opioid treatment program, OTP) Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (opioid use disorder, OUD) a través de una OTP que incluye los siguientes servicios: - Actividades de ingesta. - Pruebas periódicas. - Medicamentos aprobados por la FDA y, de ser necesario, la administración y la implementación personal de estos medicamentos. - Asesoramiento sobre el uso de sustancias. - Terapia individual y grupal. - Detección de drogas o químicos en su cuerpo (pruebas toxicológicas).	\$0 Algunos servicios para el tratamiento del abuso de opioides podrían necesitar una autorización previa. No se requiere autorización previa para los servicios del programa de tratamiento de opioides ambulatorios cubiertos por Medicare, pero puede ser necesaria si necesita medicamentos para el tratamiento de opioides.
	Atención médica de salud conductual ambulatoria El plan cubre los servicios de atención de salud conductual proporcionados por: Un médico, o un psiquiatra autorizado por el estado. Este beneficio continúa en la siguiente página	No se necesita autorización previa para la mayoría de los servicios de salud conductual ambulatorios por parte de los proveedores de la red que

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Atención médica de salud conductual ambulatoria (continuación) • Un psicólogo clínico. • Un trabajador social clínico. • Un especialista en enfermería clínica. • Un terapeuta profesional autorizado (Licensed Professional Counselor, LPC). • Un terapeuta matrimonial y familiar autorizado (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT). • Un enfermero especializado (Nurse Practitioner, NP). • Un auxiliar médico (PA), o • Cualquier otro profesional de atención médica de salud mental calificado, según lo permitido por las leyes estatales aplicables. El plan cubre los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • Servicios clínicos y hospitalarios generales ambulatorios de salud conductual (mental). • Servicios Terapéuticos de Comportamiento (Therapeutic Behavioral Services, TBS). • Servicios de rehabilitación psicosocial. El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado como servicio ambulatorio en un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud federalmente calificado o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en la consulta de su médico, terapeuta, LMFT o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	aparecen registrados con este beneficio. Si un proveedor de la red no está disponible en su área, es posible que el proveedor que no sea de la red necesite autorización previa. Este debe pedir autorización previa para todos los servicios inmediatamente después de la primera visita a la oficina. Es posible que se requiera autorización previa.
	Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias Pagamos por los siguientes servicios y otros servicios médicamente necesarios que no se enumeran aquí: • Radiografías • Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y suministros de los técnicos. Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias (continuación) • Suministros quirúrgicos, tales como apósitos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para fracturas y luxaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre, incluyendo su conservación y administración. • Pruebas de diagnóstico no de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas (MRI), electrocardiogramas (EKG) y tomografías por emisión de positrones (PET) cuando su médico u otro proveedor de atención médica las ordena para tratar una condición médica. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias.	
	Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios Pagamos servicios de observación hospitalarios ambulatorios para determinar si usted necesita ser admitido como paciente interno o si puede ser dado de alta. Los servicios deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo si son provistos por orden de un médico u otra persona autorizada por ley estatal y estatuto del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios. Nota: a menos que el proveedor haya redactado una orden para hospitalizarle, usted es un paciente ambulatorio. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja de datos de Medicare <i>Hospital Benefits (Beneficios hospitalarios)</i> de Medicare. Esta hoja de datos está disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	\$0

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Servicios hospitalarios ambulatorios Pagamos por los servicios necesarios por razones médicas que reciba en el Departamento de Pacientes Ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión, como por ejemplo: • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía ambulatoria. ◦ Los servicios de observación permiten que el médico sepa si es necesario internarlo en el hospital. ◦ En ocasiones, puede pasar la noche en el hospital y continuar siendo un paciente ambulatorio. ◦ Puede obtener más información sobre las hospitalizaciones o los servicios ambulatorios en la siguiente ficha técnica: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. • Análisis de laboratorio y de diagnóstico facturados por el hospital. • Quimioterapia • Atención de salud mental, que incluye el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica sin ella se requeriría tratamiento como paciente internado. • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital. • Suministros médicos, tales como férulas y yesos. • Evaluaciones preventivas y servicios listados en la Tabla de beneficios. • Algunos medicamentos que usted no se pueda administrar a sí mismo.	\$0

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Atención de salud mental ambulatoria Pagamos por los servicios de salud mental proporcionados por las siguientes entidades: • Un médico, o un psiquiatra autorizado por el estado. • Un psicólogo clínico. • Un trabajador social clínico. • Un especialista en enfermería clínica. • Un terapeuta profesional autorizado (Licensed Professional Counselor, LPC). • Un terapeuta matrimonial y familiar autorizado (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT). • Un enfermero especializado (Nurse Practitioner, NP). • Un auxiliar médico (Physician Assistant, PA). • Cualquier otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales aplicables. El plan cubre los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran a continuación: • Servicios clínicos y servicios psiquiátricos ambulatorios de hospital general. • Servicios Terapéuticos de Comportamiento (Therapeutic Behavioral Services, TBS). • Servicios de rehabilitación psicosocial. El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado como servicio ambulatorio en un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud acreditado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	\$0

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Servicios de rehabilitación ambulatoria Pagamos por fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Puede recibir servicios de rehabilitación ambulatoria de los Departamentos de Pacientes Ambulatorios del hospital, Consultorios de Terapeutas Independientes, Centros Integrales de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) y otros centros de salud.	\$0
	Servicios para trastorno por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Pagamos por los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran aquí: • Examen de detección de abuso de alcohol y asesoramiento. • Tratamiento de la drogadicción. • Asesoramiento individual o grupal de un clínico calificado. • Desintoxicación subaguda en un programa de adicción residencial. • Servicios para tratar el abuso de alcohol y la drogadicción en un centro de tratamiento intensivo ambulatorio. • Tratamiento con liberación prolongada de naltrexona (vivitrol).	\$0
	Cirugía para pacientes ambulatorios Pagamos por servicios y cirugía ambulatorios en centros de salud para pacientes ambulatorios en hospitales y centros de cirugía ambulatoria. Nota: en el caso de que se le practique una cirugía en un centro hospitalario, deberá verificar con su proveedor si se lo considerará un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor haya redactado una orden para hospitalizarle, usted es un paciente ambulatorio. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio.	\$0
	Medicamentos de venta libre (OTC) (suplementarios)* Recibe una tarjeta de débito prefinanciada (tarjeta Molina Complete Care) con una asignación mensual combinada de \$230 para artículos OTC. Este beneficio continúa en la siguiente página	No se aplica ningún coseguro o copago si utiliza su tarjeta de débito prefinanciada (Molina Complete Care). Es posible que usted deba pagar los costos si

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Medicamentos de venta libre (OTC) (suplementarios)* (continuación) Este monto se combina con sus Beneficios Suplementarios Especiales para Pacientes con Enfermedades Crónicas (SSBCI), incluidos Alimentos y Productos*, Servicios*, Asistencia con el alquiler* y Transporte para Necesidades No Médicas*. Pueden aplicarse limitaciones y restricciones. Si no utiliza todo el monto de su beneficio mensual, el saldo restante vencerá y no se transferirá al siguiente periodo de beneficios. Su cobertura incluye artículos de salud y bienestar OTC sin receta médica como vitaminas, protectores solares, analgésicos, medicinas para la tos y resfrío, y vendas. Puede hacer su pedido: • En línea: visite NationsOTC.com/Molina • Por teléfono: llame al 877-208-9243 para hablar con un Asesor de Experiencia de Miembros de NationsOTC (TTY 711), las 24 horas del día, los siete días de la semana, los 365 días del año. • Por correo: complete y devuelva el formulario de pedido en el catálogo de productos. • A través de las tiendas minoristas participantes. Consulte su Catálogo de Productos OTC de 2026 para obtener una lista completa de artículos OTC aprobados por el plan o llame a una persona de apoyo de OTC para obtener más información. Encontrará información importante (pautas de pedido) en el Catálogo de Productos OTC de 2026.	supera su asignación máxima mensual. Pueden aplicarse limitaciones y restricciones.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos El Programa de hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro de salud mental comunitario, que es más intensivo que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o consejero profesional autorizado. Puede ayudarle a evitar que deba permanecer en el hospital. El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado como servicio ambulatorio en un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud acreditado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, LMFT o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	\$0
	Sistema personal de respuesta a emergencias (Personal Emergency Response System, PERS) (suplementario)* El PERS es un sistema de alarma médica en el hogar que puede conseguirle ayuda en caso de emergencia. Si cumple los requisitos, se le entregará un dispositivo móvil, celular o fijo y un dispositivo pequeño colgante que deberá llevar en todo momento. El dispositivo colgante se puede usar en el cuello, la muñeca o en el cinturón. Con solo presionar un botón, se le conectará con un Representante del Centro de Atención de la compañía de monitoreo. Los operadores están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y permanecerán en línea con usted en caso de emergencia. Tanto si necesita un servicio médico urgente como si necesita la asistencia de un familiar, el representante del Centro de Atención le conseguirá la ayuda que necesita. Este beneficio continúa en la siguiente página	No se aplica coseguro, copago ni deducible para este beneficio. Su administrador de casos decidirá si usted califica para este beneficio. Se requiere autorización previa.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Sistema personal de respuesta a emergencias (Personal Emergency Response System, PERS) (suplementario)* (continuación) Al usar su dispositivo móvil o PERS en el hogar, puede activar su botón para necesidades que no sean de emergencia. Si se siente solo o desea hablar con alguien; si necesita ayuda para programar su cita con el médico u organizar el transporte; o si necesita cualquier otro tipo de ayuda, el Representante del Centro de Atención lo ayudará y podrá conectarlo con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina Medicare Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) o con su Administrador de Casos para que obtenga la asistencia que necesita.	
	Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas a la oficina del médico Cubrimos los siguientes servicios: • Atención médicamente necesaria o servicios de cirugía proporcionados en lugares tales como los siguientes: • Consultorio del médico. • Centro de cirugía ambulatoria certificado. • Departamento de pacientes ambulatorios del hospital. • Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista. • Exámenes de audición y de equilibrio básicos proporcionados por su proveedor de atención primaria, si su médico los solicita para determinar si necesita tratamiento. • Ciertos servicios de telesalud, incluidos los servicios de atención primaria.* Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas a la oficina del médico (continuación) ◦ Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. • Algunos servicios de telesalud, incluyendo consulta, diagnóstico y tratamiento brindados por un médico o proveedor médico para miembros en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) de miembros con diálisis domiciliaria en centros de diálisis renal de hospitales, hospitales de acceso crítico, centros de diálisis renal o en el hogar. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el abuso de sustancias o trastorno de salud mental concurrente. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental en los siguientes casos: ◦ Asiste a una consulta presencial en un plazo de 6 meses antes de su primera consulta de telesalud. ◦ Asiste a una consulta presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ◦ Se pueden realizar excepciones a lo mencionado anteriormente en determinadas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rural y centros de salud acreditados a nivel federal. Este beneficio continúa en la siguiente página	

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Servicios de médicos/proveedores, incluidas visitas a la oficina del médico (continuación) • Chequeos médicos virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) de 5 a 10 minutos de duración con su médico, si se cumplen las siguientes condiciones: ◦ No es un paciente nuevo y ◦ La revisión no está relacionada con una consulta médica de los últimos 7 días y ◦ La revisión no deriva en una visita médica dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Se realizará una evaluación del video o las imágenes que envíe a su médico, que hará una interpretación de estas y se le realizará un seguimiento dentro de las 24 horas en los siguientes casos: ◦ No es un paciente nuevo y ◦ La evaluación no está relacionada con una consulta médica de los últimos 7 días y ◦ La evaluación no conduce a una visita médica dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por Internet o registros electrónicos de salud si usted no es un paciente nuevo. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía.	
	Servicios de podología Cubrimos los siguientes servicios: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (tales como dedo en martillo o espolón en el talón). • Cuidado de rutina de los pies para miembros con problemas que afectan a las piernas, tales como diabetes.	\$0 Es posible que se requiera autorización previa.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si usted califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos la tarifa por inyectarse el medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y el cumplimiento de la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. • Una sola prueba de detección del virus de la hepatitis B.	\$0
	Exámenes de detección de cáncer de próstata Para los hombres mayores de 50 años, pagamos por los siguientes servicios una vez cada 12 meses: • Un examen de tacto rectal. • Examen de un antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA).	\$0
	Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados Los dispositivos ortopédicos reemplazan la totalidad o parte de una parte o función del cuerpo. Esto incluye, entre otros: • Examen, ajuste o capacitación en el uso de prótesis y órtesis. • Bolsas de colostomía y materiales relacionados con el cuidado de la colostomía. • Marcapasos. • Aparatos ortopédicos. • Zapatos ortopédicos. • Piernas y brazos artificiales. Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0 Es posible que se requiera autorización previa.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros relacionados (continuación) • Prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). • Dispositivos dentales. Pagamos por algunos materiales relacionados con dispositivos protésicos y ortóticos. También pagamos para reparar o reemplazar dispositivos protésicos y ortóticos. Ofrecemos alguna cobertura después de la remoción de cataratas o cirugía de cataratas. Consulte “Cuidado para la vista” más adelante en esta tabla para obtener más detalles.	
	Servicios de rehabilitación pulmonar Pagamos los programas de rehabilitación pulmonar para miembros que padecen de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de intensidad moderada a muy grave. Debe obtener una orden de rehabilitación pulmonar del médico o proveedor que trate la EPOC.	\$0 Es posible que se requiera autorización previa.
	Clínicas de Salud Rurales El plan cubre los siguientes servicios en clínicas de salud rurales: • Visitas al consultorio de atención primaria y servicios de especialistas. • Psicólogo clínico. • Trabajador social clínico para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad mental. • Servicio de visitas de enfermería en ciertas situaciones. Nota: usted puede obtener servicios a través de una clínica de salud rural de la red o fuera de la red.	

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Pruebas de detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica cualificado ordena una y usted cumple con una de estas condiciones: • Corre un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. • Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, pagamos una prueba de detección una vez. Si tiene un riesgo alto (por ejemplo, ha continuado usando drogas inyectables ilícitas desde su prueba de detección de hepatitis C negativa anterior), cubrimos las pruebas de detección anuales.	
	Examen de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS) Cubrimos los exámenes de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para mujeres embarazadas y para algunas personas que tienen un mayor riesgo de contraer ITS. Un proveedor de atención primaria debe solicitar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También pagamos hasta dos sesiones presenciales de asesoramiento conductual de elevada intensidad cada año para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer una ITS. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. Pagamos estas sesiones de asesoramiento como un servicio médico preventivo solo si son brindadas por un proveedor de atención primaria. Las sesiones deben realizarse en un entorno de atención primaria, como, por ejemplo, la oficina del médico.	\$0
	Atención en centros de enfermería especializada (SNF) Para obtener una definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Pagamos por los siguientes servicios y tal vez otros servicios que no se enumeran aquí: Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0 Es posible que se requiera autorización previa.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (continuación) • Habitación semiprivada, o habitación privada si es médicamente necesario. • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Los medicamentos que usted recibe como parte de su plan de atención; esto incluye sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, tales como factores de coagulación. • Sangre, incluyendo su conservación y administración. • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF. • Análisis de laboratorio realizados por SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología, proporcionados por centros de enfermería. • Aparatos, tales como sillas de ruedas, habitualmente administrados por centros de enfermería. • Servicios de médicos/proveedores. En general, recibirá atención de SNF en los centros que forman parte de la red. En ciertas condiciones, usted puede obtener su atención en un centro que no pertenece a nuestra red. Puede obtener atención en los siguientes centros si aceptan las sumas de nuestro plan para el pago: • Un centro para personas mayores o una comunidad de jubilación de cuidado continuo donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que proporcione el cuidado de un centro de enfermería). • Un centro de enfermería donde su cónyuge o pareja vive en el momento en que usted deja el hospital.	

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco Si consume tabaco pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco y desea o necesita dejar de fumar: - Pagamos dos intentos para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicios médicos preventivos. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento incluye hasta cuatro consultas presenciales de asesoramiento. Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: - Pagamos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas presenciales.	\$0
	Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas Si se le diagnostica cualquiera de las siguientes afecciones crónicas identificadas a continuación y cumple con ciertos criterios, usted puede ser elegible para beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas. - Trastornos autoinmunitarios - Trastornos cardiovasculares - Insuficiencia cardíaca crónica - Demencia - Diabetes mellitus - Trastornos pulmonares crónicos - Enfermedad renal crónica (CKD) - Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD) - Cáncer - Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico - Enfermedad gastrointestinal crónica - Trastornos hematológicos graves - VIH/SIDA Este beneficio continúa en la siguiente página	No se aplica coseguro, copago ni deducible a su tarjeta de débito prefinanciada (Molina Complete Care). Es posible que se requiera la participación en un programa de manejo de cuidados. Los miembros también deben tener la aprobación del médico para las pruebas basadas en la falta de información médica histórica. Es posible que se requiera autorización previa.

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (continuación) • Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes • Trastornos neurológicos • Accidente cerebrovascular • Postrasplante de órgano • Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores • Afecciones asociadas con deterioro cognitivo • Condiciones con desafíos funcionales • Afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato • Condiciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan o mantengan el funcionamiento Le ayudaremos a acceder a estos beneficios. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros o a su coordinador de cuidados para iniciar su proceso de solicitud u obtener información adicional. Nota: al solicitar este beneficio, usted autoriza a los representantes de Molina Medicare Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) a comunicarse con usted por teléfono, por correo o por cualquier otro método de comunicación que se indique expresamente en su solicitud. Una vez aprobada su solicitud, su tarjeta de débito prefinanciada (Molina Complete Care) se cargará automáticamente cada mes con una asignación combinada de \$230, que podrá utilizar para los beneficios de SSBCI. Los fondos no utilizados al final de cada mes no se transferirán al mes siguiente. <u>Alimentos y productos agrícolas</u> Puede utilizar la asignación de su tarjeta de débito prefinanciada (Molina Complete Care) para comprar una variedad de alimentos saludables de marca y genéricos en su tienda local participante más cercana o en línea con entrega a domicilio sin costo adicional en Members.NationsBenefits.com/Molina Este beneficio continúa en la siguiente página	

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (continuación) <u>Servicios públicos</u> Los miembros deben participar en una evaluación para determinar la elegibilidad según el beneficio de asistencia con los servicios públicos (electricidad, gas natural y agua). <u>Transporte para necesidades no médicas</u> Puede usar su tarjeta de débito prefinanciada (Molina Complete Care) para comprar traslados para necesidades no médicas a lugares aprobados, como centros de acondicionamiento físico, despensas de alimentos, tiendas de comestibles, farmacias para comprar suministros OTC, servicios religiosos y centros para personas mayores. Para más información, vaya a la sección de tarjetas de débito prefinanciadas (Molina Complete Care). <u>Asistencia para el alquiler</u> Disponible para los miembros que viven en una red aprobada de instalaciones de vida asistida. Consulte la sección Tarjeta de débito prefinanciada (tarjeta Molina Complete Care) para obtener una lista completa de los beneficios y servicios que se incluyen en la asignación combinada.	
	Terapia de ejercicio supervisada (Supervised Exercise Therapy, SET) Pagamos por la SET para los miembros con enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática. Nuestro plan paga lo siguiente: • Hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requerimientos de la SET. • 36 semanas adicionales si un proveedor de atención médica le considera médicamente necesario. El programa de SET debe ser de la siguiente manera: Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Terapia de ejercicio supervisada (Supervised Exercise Therapy, SET) (continuación) • Sesiones de 30 a 60 minutos de un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para PAD en miembros con calambres en las piernas debido al flujo sanguíneo deficiente (claudicación). • En un ámbito ambulatorio hospitalario o en el consultorio del médico. • Realizado por personal calificado que asegure que el beneficio excede el daño y que está capacitado en terapia de ejercicios para PAD. • Bajo la supervisión directa de un médico, un médico asociado o una enfermera especializada/enfermera clínica especializada en técnicas básicas y avanzadas de apoyo.	
	Transporte para servicios que no son de emergencia Molina Healthcare of Ohio (MHO) ofrecerá 104 viajes de ida por año a lugares aprobados por el plan, como citas médicas, farmacia, SSI, visitas de redeterminación de CDJFS, WIC, supermercados o bancos de alimentos, visitas de educación para la salud y apoyo laboral. Esto incluye usar los viajes en Uber o Lyft, el reembolso de millas y los pases de autobús como opciones de viaje flexibles. Los miembros también obtendrían transporte ilimitado si usan una silla de ruedas o necesitan ver a un proveedor que esté a más de 30 millas de distancia.	Es posible que se requiera autorización previa. Pueden aplicarse limitaciones y restricciones. Si necesita atención de emergencia, marque el 911 y solicite una ambulancia. Consulte la sección “Servicios de ambulancia” en este cuadro para obtener más información sobre el transporte de emergencia.
	Atención médica requerida urgentemente La atención médica requerida urgentemente es la atención proporcionada para el tratamiento de: • una no emergencia que requiera atención médica urgente, - o Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0



	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Atención médica requerida urgentemente (continuación) • una enfermedad imprevista, o • una lesión, o • una afección que requiere atención inmediata. Si necesita atención médica requerida urgentemente, primero debe tratar de obtenerla de un proveedor de la red. Sin embargo, puede usar proveedores fuera de la red cuando no puede comunicarse con un proveedor de la red porque, dadas sus circunstancias, el momento y lugar, no es posible, o no es razonable, obtener este servicio de proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera el área de servicio del plan y usted requiere servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección imprevista, pero que no es una emergencia médica). Ofrecemos una cobertura de emergencias internacional de hasta \$10,000 cada año calendario para transporte de emergencia, atención urgente, atención de emergencia y posterior a la estabilización. Consulte “Cobertura internacional de atención de emergencia/urgencia” en esta tabla para obtener más información.	
	Cuidado para la vista Cubrimos los siguientes servicios: • Cobertura para un examen integral de la vista, una montura completa y un par de lentes (lentes de contacto, si fuera médicamente necesario): ◦ Por período de 12 meses para miembros menores de 21 años y mayores de 59 años. ◦ Por período de 24 meses para los miembros de 21 a 59 años de edad. • Entrenamiento de la vista. Pagamos por servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos. Por ejemplo, tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Para las personas con alto riesgo de presentar glaucoma, pagamos un examen preventivo de glaucoma por año. Entre las personas con alto riesgo de glaucoma, se incluyen las siguientes: Este beneficio continúa en la siguiente página	\$0

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Cuidado para la vista (continuación) • Personas que tienen antecedentes familiares de glaucoma. • Personas con diabetes. • Afroamericanos mayores de 50 años. • Hispanoamericanos mayores de 65 años. Para las personas con diabetes, pagamos el examen de detección de retinopatía diabética una vez por año. Pagamos por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas cuando el médico inserte una lente intraocular. Si tiene dos cirugías separadas de cataratas, debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. Usted no puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, incluso si usted no recibió un par de anteojos después de la primera cirugía. Además, Molina Healthcare of Ohio (MHO) proporcionará una asignación de elementos para la vista anual de \$300 que se puede usar para comprar lentes de contacto, lentes para anteojos, monturas de anteojos o mejoras como tintado o polarización de lentes. Este es un Beneficio de servicio de valor añadido. IMPORTANTE: Si elige recibir servicios o materiales de atención para la vista que no cubrimos, su proveedor de atención de la vista puede cobrarle el costo estándar que estipule para dichos servicios o materiales. Antes de suministrarle los servicios o materiales de atención de la vista que no son beneficios cubiertos, el proveedor de atención de la vista le proporcionará el costo estimado por cada servicio o material a su solicitud. El proveedor de atención de la vista solo le puede facturar si usted acepta pagar por el servicio y firma una declaración escrita antes de recibir el servicio. Si usted recibe una factura de un proveedor al cual no aceptó pagar, llame al Departamento de Servicios para Miembros.	

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare” Cubrimos la consulta preventiva por una sola vez de “Bienvenida a Medicare”. La consulta incluye lo siguiente: • Una revisión de su salud. • Educación y asesoramiento acerca de los servicios médicos preventivos que usted necesita (incluidos los exámenes y las vacunas); y • Remisión a atención adicional si la necesita. Nota: cubrimos la visita preventiva de bienvenida a Medicare únicamente durante los primeros 12 meses en que tiene Medicare Part B. Cuando programe su cita, informe a la oficina del médico que desea programar su visita preventiva de bienvenida a Medicare.	\$0
	Chequeo médico preventivo del niño (también conocido como Healthchek) Healthchek es el beneficio de detección, diagnóstico y tratamiento oportunos y periódicos (early and periodic screening, diagnostic, and treatment, EPSDT) de Ohio para todos en Medicaid desde el nacimiento hasta los 21 años de edad. Healthchek cubre exámenes de salud médica, mental, de la vista, dental, de audición, de nutrición y de desarrollo. También incluye inmunizaciones, educación sobre la salud y pruebas de laboratorio.	\$0
	Cobertura internacional de emergencia/urgencia (suplementaria)* Como beneficio adicional, su cobertura incluye hasta \$10,000 cada año calendario para atención internacional de emergencia/urgencia fuera de los Estados Unidos (EE. UU.). Este beneficio se limita a los servicios que se clasificarían como atención de emergencia o de urgencia si la atención se hubiera proporcionado en EE. UU. Este beneficio continúa en la siguiente página	No se aplica ningún coseguro o copago a este beneficio. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de EE. UU. y necesita atención como paciente internado después de que se haya estabilizado su cuadro de emergencia, deberá

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Cobertura internacional de emergencia/urgencia (suplementaria)* (continuación) La cobertura internacional incluye atención de emergencia o de urgencia, transporte en ambulancia de emergencia desde el lugar de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano y atención posterior a la estabilización. Los servicios de ambulancia están cubiertos en situaciones en las que el traslado a la sala de emergencia con otro medio de transporte podría poner en peligro su salud. Cuando estas situaciones ocurren, pedimos que usted o alguien que lo cuida a usted nos llame. Intentaremos que sus proveedores de la red se encarguen de su cuidado tan pronto su condición médica y las circunstancias lo permitan. El transporte de regreso a los EE. UU. desde otro país no está cubierto. La atención de rutina y los procedimientos programados con antelación o electivos no están cubiertos. Los impuestos y cargos extranjeros (incluyendo, entre otros, la conversión de moneda o los cargos por transacción) no están cubiertos. EE. UU. cubre los 50 estados, District of Columbia, Puerto Rico, las Virgin Islands, Guam, Northern Mariana Island y American Samoa.	retornar a un hospital de la red para que su atención siga cubierta O deberá pedir al plan que le autorice la atención como paciente internado en un hospital fuera de la red. Su costo es la distribución de costos que usted pagaría en un hospital de la red. Se aplica el máximo del plan. Es posible que tenga que presentar una reclamación para el reembolso de atención de emergencia/urgente recibida fuera de EE. UU. Se aplica un máximo del plan de \$10,000 cada año calendario para este beneficio.
	Servicios legales Con Molina Healthcare of Ohio, puede obtener hasta \$500 por año de servicios legales si (1) desea presentar una petición de tutela, o (2) necesita ayuda con la protección de activos y la planificación financiera para proteger y mantener su hogar. Puede ser necesaria la aprobación previa del plan. Este es un Beneficio de servicio de valor añadido. Acceso a la membresía: Los miembros pueden hablar sobre los servicios disponibles con su Administrador de cuidados.	\$0

	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Subvenciones para el cuidado de los miembros Los coordinadores de cuidados tienen la discreción de ofrecer subvenciones de atención para miembros para satisfacer las necesidades de los miembros en tiempo real, como vivienda de emergencia, asistencia de servicios públicos, servicios de lavandería y comestibles. Se requiere autorización previa del plan. Este es un Beneficio de servicio de valor añadido.	\$0
	Cuidado paliativo Cubrimos los cuidados paliativos si tiene una afección crónica que cumple con los requisitos. MHO cubrirá los servicios de cuidados paliativos comunitarios para los miembros diagnosticados con una afección crónica elegible, como VIH/SIDA, enfermedad renal en etapa terminal (ESRD), anemia de células falciformes, fibrosis quística o hemofilia. Esto incluirá servicios como los siguientes: Planificación anticipada de la atención; manejo de los síntomas físicos, incluidas las recetas de sustancias controladas; manejo integral de los síntomas proporcionado a través de un equipo interdisciplinario; y coordinación y comunicación de la atención en el desarrollo e implementación de un plan de atención alineado con las metas del miembro.	\$0
	Programa de conexiones sociales Usted tiene acceso al Programa de Conexiones Sociales de Molina. Chatee con alguien en cualquier momento cuando se sienta solo o necesite ayuda. También puede obtener un plan de teléfono inteligente y teléfono como una forma de acceder a los servicios y mantener la conexión social, si califica. Este es un Beneficio de servicio de valor añadido.	\$0
	Asistencia para la transición Con Molina Healthcare of Ohio, usted puede obtener hasta \$500 anuales en ayuda financiera al hacer la transición a un entorno comunitario, incluidas las transiciones de un centro de enfermería o las transiciones del hogar de un cuidador a su propio hogar. Puede ser necesaria la aprobación previa del plan. Este es un Beneficio de servicio de valor añadido.	\$0



	Servicio cubierto	Lo que paga usted
	Traductor manual de idiomas Puede obtener un traductor de idiomas digital portátil cuando resida en un centro de atención a largo plazo. Puede ser necesaria la aprobación previa del plan. Este es un Beneficio de servicio de valor añadido.	\$0
	Kit de seguridad de Alzheimer para alertas de puertas y ventanas Molina proporcionará un sensor de alarma de puerta y ventana a los miembros para monitorear el estado abierto o cerrado de cualquier entrada a través de un Beneficio de servicio de valor añadido. Puede que se requiera aprobación previa del plan.	\$0
	Evaluación de seguridad en el hogar y dispositivos y modificaciones de seguridad en el hogar y el baño Los miembros pueden obtener hasta \$1,500 por la compra e instalación de dispositivos y modificaciones de seguridad para el hogar y el baño cada año. El monto vence al final de cada año calendario. Se requiere autorización previa.	\$0

E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero están disponibles a través Medicaid de pago por servicio.

Si usted se ausenta de su hogar o se encuentra fuera del área de servicio (consulte el **Capítulo 1**) y necesita atención médica en una emergencia, diríjase al departamento de emergencias más cercano. Tiene derecho a acudir a cualquier centro que brinde servicios de emergencia. Los servicios de emergencia son servicios para un problema médico que usted piensa que es tan grave que debe ser tratado de inmediato por un médico. La atención de emergencia no está cubierta fuera de los EE. UU.

E1. Transporte médico que no sea de emergencia

Cubrimos el transporte médico que no sea de emergencia de menos de 30 millas. Comuníquese con el departamento de trabajo y servicio familiar de su condado para obtener transporte en jfs.ohio.gov/about/local-agencies-directory.



F. Beneficios no cubiertos por nuestro plan, Medicare o Medicaid

En esta sección, se describen los beneficios excluidos por nuestro plan. “Excluidos” significa que no pagaremos por estos beneficios. Medicare y Medicaid no pagarán por ellos tampoco.

En la siguiente lista, se describen algunos servicios y artículos que no están cubiertos por el plan en ninguna circunstancia y algunos que están excluidos por el plan solamente en ciertos casos.

No pagamos los beneficios médicos excluidos que figuran en esta sección (o en cualquier otro lugar en este *Manual del Miembro*), excepto en las condiciones específicas indicadas. Incluso, aunque reciba los servicios en un centro de emergencias, el plan no cubrirá los servicios. Si cree que nuestro plan debe cubrir un servicio que no está cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

Además de cualquier exclusión o limitación descrita en la Tabla de beneficios, nuestro plan no cubre los siguientes artículos y servicios:

- Servicios considerados “no justificados ni médicamente necesarios”, de acuerdo con las normas de Medicare y Medicaid, a menos que estos figuren en la lista de servicios cubiertos.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. El tratamiento y los productos experimentales son aquellos que, por lo general, no son aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare pague por este
- Una habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesaria.
- Enfermeros de guardia privados.
- Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería, tales como teléfono o televisor.
- Atención de enfermeros de tiempo completo en su domicilio.
- Los honorarios cobrados por sus familiares directos o personas que viven en su casa.
- Procedimientos o servicios de mejora electivos o voluntarios (incluidos, la pérdida de peso, el crecimiento del cabello, el desempeño sexual, el rendimiento atlético, los fines estéticos, el rendimiento mental o aquellos contra el envejecimiento), excepto en casos médicamente necesarios.
- Cirugía estética u otro trabajo estético, a menos que sean necesarios debido a una lesión causada por un accidente o para mejorar una parte del cuerpo que no tiene la forma adecuada. Sin embargo, pagaremos por la reconstrucción de una mama después de una mastectomía y por el tratamiento de la otra mama para que coincidan.
- Atención quiropráctica, que no sea manipulación manual de la columna según las pautas de cobertura.
- Cuidado de rutina de los pies, excepto según se describe en los Servicios de Podiatría en la Tabla de beneficios de la Sección D.

- Calzado ortopédico, a menos que el calzado sea parte de un dispositivo ortopédico de pierna y que esté incluido en el costo del dispositivo, o el calzado para personas con enfermedad del pie diabético.
- Dispositivos de soporte para pies, excepto calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad del pie diabético.
- Reversión de intervenciones de esterilización y dispositivos anticonceptivos sin receta médica.
- Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos alternativos o naturales).
- Servicios prestados a veteranos en centros de Servicios a Veteranos (Veterans Affairs, VA). Pruebas de paternidad.
- Servicios para encontrar la causa de la muerte (autopsia) o servicios relacionados con estudios forenses.
- Servicios de suicidio asistido, definidos como servicios con el propósito de causar, o ayudar a causar, la muerte de una persona.
- Servicios de biorretroalimentación.
- Tratamiento de paciente internado para dejar de consumir drogas o alcohol (los servicios de desintoxicación para pacientes hospitalizados en un hospital general están cubiertos).
- Asesoramiento sexual o matrimonial.

Capítulo 5: Cómo obtener sus medicamentos recetados para pacientes ambulatorios a través del plan

Introducción

En este capítulo se explican las normas para obtener sus medicamentos para pacientes ambulatorios. Estos son medicamentos que su proveedor receta para usted y que usted obtiene de una farmacia o por pedido de correo. Incluyen medicamentos cubiertos bajo Medicare Part D y Medicaid. En el **Capítulo 6** de este *Manual del Miembro*, se explica lo que usted paga por estos medicamentos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

También cubrimos los siguientes medicamentos, a pesar de que no se analizan en este capítulo:

- **Medicamentos cubiertos por Medicare Part A.** Por lo general, estos incluyen medicamentos que se le suministran a usted mientras se encuentra en un hospital o centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por Medicare Part B.** Estos incluyen algunos de los medicamentos para quimioterapia, algunas inyecciones de medicamentos durante una visita a un consultorio médico u otro proveedor y los medicamentos que se administran en una clínica para diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de Medicare Part B están cubiertos, consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.
- Además de la cobertura de Medicare Part D y de los beneficios médicos del plan, sus medicamentos pueden estar cubiertos por Medicare Original si está en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5, Sección D** “Si está en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare”.

Normas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan

Por lo general, el plan cubre sus medicamentos, siempre que siga las instrucciones de esta sección.

Un proveedor (un médico, dentista u otro recetador) debe emitir su receta médica, la cual debe ser válida según la ley estatal aplicable. Por lo general, esta persona es su proveedor de atención primaria (PCP). También podría ser otro proveedor si su PCP lo remitió.

Su profesional que receta **no** debe figurar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare ni en la **Lista de exclusión y suspensión de proveedores de Medicaid de Ohio**.

Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir sus medicamentos recetados (consulte la **Sección A1** para obtener más información). O puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo del plan.

Su medicamento recetado debe estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* de nuestro plan. La llamamos “*Lista de Medicamentos*” para abreviar. (Consulte la **Sección B** de este capítulo).

- Si no está en la *Lista de Medicamentos*, nosotros podemos cubrirlo dándole a usted una excepción.
- Consulte el **Capítulo 9** para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



El medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por determinadas referencias médicas. Su profesional que le receta puede ayudarle a identificar referencias médicas para respaldar el uso solicitado del medicamento recetado.

Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que lo cubramos. (Consulte la **Sección C** de este capítulo).

Índice

A. Cómo surtir sus recetas médicas	117
A1. Surtir su receta en una farmacia de la red	117
A2. Cómo usar su tarjeta de identificación del miembro cuando le surtan una receta médica	117
A3. Qué hacer si desea cambiar a una farmacia diferente de la red	117
A4. Qué hacer si su farmacia se retira de la red	117
A5. Cómo usar una farmacia especializada	118
A6. Cómo utilizar los servicios de envío por correo para obtener los medicamentos	118
A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos	120
A8. Cómo usar una farmacia que no está en la red de nuestro plan	120
A9. Cómo le reembolsamos una receta médica	120
B. <i>Lista de Medicamentos</i> de nuestro plan	121
B1. Medicamentos de nuestra <i>Lista de Medicamentos</i>	121
B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra <i>Lista de Medicamentos</i>	121
B3. Medicamentos que no están en nuestra <i>Lista de Medicamentos</i>	122
B4. Categorías de distribución de costos de la <i>Lista de medicamentos</i>	123
C. Límites para algunos medicamentos	123
D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto	125
D1. Obtener un suministro provisional	125
D2. Cómo solicitar un suministro provisional	127
D3. Solicitar una excepción	127
E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos	128
F. Cobertura de medicamentos en casos especiales	130
F1. En un hospital o un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan	130
F2. En un centro de atención a largo plazo	130
F3. En un centro de cuidado paliativo certificado por Medicare	130
G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos	131
G1. Programas para ayudarlo a utilizar los medicamentos de forma segura	131
G2. Programas para ayudarlo a manejar sus medicamentos	131
G3. Programa de manejo de medicamentos (Drug Management Program, DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos con opioides de manera segura	132

A. Cómo surtir sus recetas médicas

A1. Surtir su receta en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, pagamos por las recetas médicas **solo** cuando se surten en cualquiera de las farmacias de la red. Una farmacia de la red es una farmacia que acepta surtir recetas médicas a los miembros de nuestro plan. Puede acudir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. (Consulte la **Sección A8** para obtener más información acerca de en qué situaciones cubriremos medicamentos recetados adquiridos en farmacias fuera de la red).

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o con su coordinador de cuidados.

A2. Cómo usar su tarjeta de identificación del miembro cuando le surtan una receta médica

Para que le surtan su receta médica, **exhiba su tarjeta de identificación del miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura nuestra parte del costo de su medicamento cubierto. Es posible que deba pagar a la farmacia un copago cuando retira el medicamento recetado.

Si no tiene su tarjeta de identificación del miembro cuando surte su receta médica, pídale a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria o pídale a la farmacia que busque su información de inscripción en el plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, usted deberá pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire. Luego, puede pedirnos que le rembolsemos el dinero de nuestro costo compartido. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese de inmediato con el Departamento de Servicios para Miembros.** Haremos todo lo que podamos para ayudarle.

- Para solicitarnos un reembolso, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.

Si necesita ayuda para que le surtan una receta, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o con su coordinador de cuidados.

A3. Qué hacer si desea cambiar a una farmacia diferente de la red

Si cambia de farmacia y necesita un resurtido de una receta médica, puede pedir que un proveedor le haga una nueva receta o pida a su farmacia que transfiera la receta médica a la nueva farmacia si le quedan resurtidos.

Si necesita ayuda para cambiar su farmacia de la red, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o con su coordinador de cuidados.

A4. Qué hacer si su farmacia se retira de la red

Si la farmacia que utiliza se retira de la red de nuestro plan, usted tendrá que encontrar una nueva farmacia de la red.



Para encontrar una nueva farmacia de la red, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o con su coordinador de cuidados.

A5. Cómo usar una farmacia especializada

En ocasiones, necesitará adquirir sus medicamentos en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen las siguientes:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusiones en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo, como un centro de enfermería.
 - Por lo general, los centros de atención médica a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es un residente de un centro de atención a largo plazo, nosotros nos aseguramos de que pueda obtener los medicamentos que necesita en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia del centro de atención a largo plazo no pertenece a nuestra red o si usted tiene dificultad para obtener su medicamento en dicho centro, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Farmacias que prestan Servicios de salud para indígenas americanos/Programa de Salud Indígena Urbana/Tribal. Excepto en caso de emergencias, solo los nativos americanos o nativos de Alaska pueden utilizar estas farmacias.
- Farmacias que expenden ciertos medicamentos restringidos por la FDA para ciertos lugares, o que requieren manipulación extraordinaria, coordinación con el proveedor o capacitación para su uso. (Nota: estos casos suceden con muy poca frecuencia). Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, visite nuestro sitio web o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o con su coordinador de cuidados.

A6. Cómo utilizar los servicios de envío por correo para obtener los medicamentos

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de pedidos por correo de la red de nuestro plan. En general, los medicamentos disponibles a través de pedidos por correo son medicamentos que usted toma en forma regular, para una condición médica crónica o prolongada. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan están marcados como medicamentos de pedido por correo en nuestra *Lista de Medicamentos- medicamentos en el formulario*. Los medicamentos que **no** están disponibles a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan están marcados con “**NM**” en nuestra *Lista de Medicamentos*.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite ordenar un suministro de al menos 31 días y no mayor de 100 días. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que el suministro para un mes.

Cómo surtir sus recetas médicas por correo



Para obtener formularios de pedido e información sobre el surtido de medicamentos por correo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local o puede visitar MolinaHealthcare.com/Medicare.

Por lo general, una receta médica por correo llega dentro de los siguientes 14 días. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, si su pedido se retrasa.

Procesos para pedidos de medicamentos por correo

El servicio de pedido por correo tiene procedimientos diferentes para las nuevas recetas médicas que usted le solicita, para las nuevas recetas médicas que recibe desde el consultorio de su proveedor y para resurtidos de las recetas médicas de pedido por correo.

1. Nuevas recetas médicas que la farmacia recibe de usted

La farmacia surte y envía automáticamente las nuevas recetas médicas que usted le solicita.

2. Nuevas recetas médicas que la farmacia recibe desde el consultorio de su proveedor

Una vez que la farmacia recibe la receta de un proveedor de atención médica, lo contacta a usted para saber si desea que los medicamentos se surtan inmediatamente o en otro momento.

- Esto le permite asegurarse de que la farmacia esté entregando el medicamento correcto (incluidas la concentración, cantidad y forma) y, de ser necesario, detener o retrasar la orden antes de que se le cobre y se envíe.
- Responda cada vez que la farmacia lo contacte para informarles qué hacer con la nueva receta médica y evitar demoras en el envío.

3. Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo

Para resurtir sus medicamentos, puede registrarse en un programa de resurtido automático. Con este programa, comenzamos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros nos muestren que se está quedando sin medicamento.

- La farmacia se comunica con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamentos, y usted puede cancelar los resurtidos pactados si tiene una cantidad suficiente de su medicamento o si este ha cambiado.
- Si elige no utilizar el programa de resurtido automático, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que su medicamento recetado actual se agote a fin de garantizar que el próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar su suscripción a nuestro programa que prepara automáticamente los pedidos de resurtido por correo, comuníquese con nosotros llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.

Informe a la farmacia la mejor forma de comunicarse con usted para que esta pueda contactarse con usted y confirmar el pedido antes de enviarlo. La farmacia se pondrá en contacto por teléfono al número



que usted haya provisto. Es importante asegurarse de que su farmacia tiene la información de contacto más actual.

A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

Usted puede obtener un suministro a largo plazo de los medicamentos de mantenimiento en la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma en forma regular, por una condición médica crónica o prolongada.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que el suministro para un mes. El *Directorio de Proveedores y Farmacias* le indica cuáles son las farmacias que le pueden proveer un suministro prolongado de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a su coordinador de cuidados o al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información. Consulte la **Sección A6** para obtener información sobre los servicios de pedidos por correo.

A8. Cómo usar una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Por lo general, pagamos por medicamentos adquiridos en una farmacia fuera de la red solo cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Ofrecemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede adquirir medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. En estos casos, le pedimos que primero se comunique con su coordinador de cuidados o con el Departamento de Servicios para Miembros para que le informen si existe una farmacia de la red cerca de usted.

Nosotros pagamos por las recetas médicas surtidas en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- Si la receta médica está relacionada con una atención médica requerida urgentemente.
- Si estas recetas médicas están relacionadas con el cuidado en caso de una emergencia médica.
- La cobertura estará limitada a un suministro de 31 días, a menos que la receta médica se haya expedido para un periodo menor.

A9. Cómo le reembolsamos una receta médica

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general, tendrá que pagar el costo total en lugar de un copago cuando surta la receta médica. Puede solicitarnos el reintegro de nuestra parte del costo. Es posible que se le solicite pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.



B. Lista de Medicamentos de nuestro plan

Contamos con una *Lista de Medicamentos Cubiertos*. La llamamos “*Lista de Medicamentos*” para abreviar.

Seleccionamos los medicamentos de la *Lista de Medicamentos* con el asesoramiento de un equipo de médicos y farmacéuticos. La *Lista de Medicamentos* también incluye las reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos.

Por lo general, cubrimos un medicamento de la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan cuando usted sigue las reglas que se explican en este capítulo.

B1. Medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos

La *Lista de Medicamentos* incluye los medicamentos cubiertos por Medicare Part D y algunos productos y medicamentos recetados y de venta libre (OTC) cubiertos por Medicaid.

Nuestra Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir productos biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento que se vende con una denominación comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los fármacos típicos. En nuestra *Lista de Medicamentos*, cuando hablamos de “medicamentos”, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos principios activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y productos biosimilares funcionan tan bien como los medicamentos de marca y los productos biológicos originales; además, suelen costar menos. Existen sustitutos genéricos de muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de la legislación estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los de marca.

Consulte el **Capítulo 12** para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la *Lista de medicamentos*.

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos y productos de venta libre (OTC). Algunos medicamentos OTC cuestan menos que los medicamentos recetados y funcionan igual de bien. Para recibir más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

B2. Cómo encontrar un medicamento en nuestra Lista de Medicamentos

Para averiguar si un medicamento que usted toma se encuentra en nuestra *Lista de Medicamentos*, usted puede:

- Consultar la *Lista de medicamentos* más reciente que le enviamos por correo.
- Visitar el sitio web de nuestro plan en MolinaHealthcare.com/Medicare. La *Lista de Medicamentos* que se publica en nuestra página web siempre es la más actualizada.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Comunicarse con su Coordinador de Cuidados o el Departamento de Servicios para Miembros a fin de saber si un medicamento está en nuestra *Lista de Medicamentos* o solicitar una copia de esta.
- Use la “Herramienta de beneficios en tiempo real” en [Caremark.com](https://www.caremark.com) para buscar medicamentos en la *Lista de Medicamentos*, obtener una estimación de lo que pagará y saber si hay medicamentos alternativos en la *Lista de Medicamentos* que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a su coordinador de cuidados o al Departamento de Servicios para Miembros.

B3. Medicamentos que no están en nuestra *Lista de Medicamentos*

No cubrimos todos los medicamentos.

- Algunos medicamentos no están en nuestra *Lista de Medicamentos*, debido a que la ley no nos permite cubrirlos.
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en nuestra *Lista de Medicamentos*.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no esté en nuestra *Lista de Medicamentos*. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 9**.

Nuestro plan no paga los tipos de medicamentos descritos en esta sección. Se les llama **medicamentos excluidos**. Si obtiene una receta médica por un medicamento excluido, puede que deba pagarlo usted mismo. Si considera que debemos pagar un medicamento excluido debido a su caso particular, puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las apelaciones.

Aquí hay tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye los medicamentos de Medicare Part D y de Medicaid) no puede pagar por un medicamento que ya está cubierto por Medicare Part A o Medicare Part B. Nuestro plan cubre medicamentos cubiertos por Medicare Part A o Medicare Part B de forma gratuita, pero estos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias médicas como un tratamiento para su afección. Su médico u otro proveedor puede recetarle algún medicamento para tratar su afección, a pesar de que este no haya sido aprobado para esta. Esto se llama “uso fuera de lo indicado”. Por lo general, nuestro plan no cubre los medicamentos recetados para uso fuera de lo indicado.

Además, por ley, ni Medicare ni Medicaid pueden cubrir los tipos de medicamentos indicados a continuación.

- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para aliviar síntomas de resfrío o catarro.
- Medicamentos utilizados para fines cosméticos o para el crecimiento del cabello.



- La receta médica para vitaminas y productos minerales, excepto vitaminas prenatales y preparaciones con fluoruro.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, como Viagra®, Cialis®, Levitra® y Caverject®
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios producidos por una compañía que dice que solo ellos pueden hacerle pruebas o prestarle servicios.

B4. Categorías de distribución de costos de la *Lista de Medicamentos*

Cada medicamento de nuestra *Lista de Medicamentos* se incluye en una de las seis (6) categorías. Una categoría es un grupo de medicamentos generalmente del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos y de OTC). En general, cuanto más alta es la categoría de distribución de costos, mayor es su costo por el medicamento.

Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos

Categoría 2: Medicamentos genéricos

Categoría 3: Medicamentos de marca preferidos

Categoría 4: Medicamentos no preferidos

Categoría 5: Especialidad

Categoría 6: Atención selecta

Para conocer en qué categoría de distribución de costos se encuentra un medicamento, consulte la *Lista de medicamentos*.

En el **Capítulo 6** de este *Manual del Miembro*, se le indica el monto que usted paga por los medicamentos de cada categoría.

C. Límites para algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos, existen algunas reglas especiales que establecen restricciones sobre cómo y cuándo los cubre nuestro plan. En general, nuestras normas recomiendan que adquiera un medicamento que sea seguro y eficaz, y que esté indicado para su condición médica. Cuando un medicamento seguro y de menor costo funciona tan eficazmente como un medicamento de mayor costo, esperamos que su proveedor recete el medicamento de menor costo.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra *Lista de Medicamentos*. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor, y pueden aplicarse diferentes restricciones a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; una vez por día frente a dos veces por día; comprimido frente a líquido).



Si existe una regla especial para su medicamento, por lo general, usted o su proveedor deben seguir algunos pasos adicionales para que los cubramos. Por ejemplo, su proveedor podría tener que informarnos su diagnóstico o proporcionarnos primero los resultados de las pruebas de sangre. Si usted o su proveedor consideran que nuestra norma no se debería aplicar a su situación, solicítenos que sigamos el proceso de decisión de cobertura para hacer una excepción. Podemos aceptar o no permitir que utilice el medicamento sin tomar medidas adicionales.

Para obtener más información acerca de cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

1. Limitación al uso de un medicamento de marca o productos biológicos originales cuando, respectivamente, está disponible una versión biosimilar genérica o intercambiable

Por lo general, un medicamento genérico o biosimilar intercambiable posee el mismo mecanismo de acción que el medicamento de marca o producto biológico original, pero, generalmente, su costo es inferior. Si existe una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o producto biológico original, nuestras farmacias de la red le darán la versión genérica o biosimilar intercambiable.

- Por lo general, no pagamos por el medicamento de marca o el producto biológico original si existe una versión genérica.
- Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual el medicamento genérico o biosimilar intercambiable no funcionará para usted o indicó “sin sustituciones” en su receta para un medicamento de marca o producto biológico original o nos ha informado el motivo médico por el cual el medicamento genérico, el biosimilar intercambiable u otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección no funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca.
- Su copago puede ser mayor si adquiere el medicamento de marca o producto biológico original en lugar del medicamento genérico o biosimilar intercambiable.

2. Obtención de aprobación previa del plan

En el caso de algunos medicamentos, usted o su médico que receta deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir la receta médica. Esto se llama autorización previa. Esto se aplica para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento. Para obtener más información sobre la autorización previa, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página o consulte nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com/Medicare.

3. Probar primero un medicamento diferente

Por lo general, deseamos que utilice medicamentos de menor costo que sean igual de efectivos antes de cubrir medicamentos de mayor precio. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica, y los costos del medicamento A son menores que los del medicamento B, podemos exigirle que intente usar primero el medicamento A.



Si el medicamento A no funciona para usted, cubrimos el medicamento B. Esto recibe el nombre de terapia escalonada. Para obtener más información sobre la terapia escalonada, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página o consulte nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com/Medicare.

4. Límites de cantidades

Para algunos medicamentos, establecemos un límite a la cantidad de medicamento que usted puede adquirir. Esto se conoce como límite de cantidad. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo un comprimido por día de un medicamento en particular, podemos limitar la cantidad del medicamento que puede recibir cada vez que surta su receta.

Para saber si algunas de las normas anteriores se aplican a un medicamento que utiliza o desea utilizar, consulte nuestra Lista de Medicamentos. Para obtener información más actualizada, llame al Departamento de Servicios para Miembros o consulte nuestra página web en MolinaHealthcare.com/Medicare. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura basada en cualquiera de las razones anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*. MolinaHealthcare.com/Medicare.

D. Razones por las que su medicamento podría no estar cubierto

Intentamos que su cobertura de medicamentos funcione bien, pero algunas veces, un medicamento podría no estar cubierto de la forma que desea. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que usted desea tomar. El medicamento podría no estar en nuestra *Lista de Medicamentos*. Podríamos cubrir una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que desea tomar. Un medicamento puede ser nuevo y no hemos comprobado aún su seguridad y efectividad.
- Cubrimos el medicamento, pero hay límites o reglas especiales sobre la cobertura. Como se explicó en la sección anterior, algunos de los medicamentos que cubre nuestro plan tienen normas que limitan su uso. En algunos casos, usted o el recetador tal vez quieran solicitarnos una excepción.
- El medicamento está cubierto, pero está en una categoría de distribución de costos que establece una suma mayor de lo que usted piensa que corresponde.

Existen ciertos recursos a su disposición si no cubrimos un medicamento en la forma que a usted le gustaría que lo hiciéramos.

D1. Obtener un suministro provisional

En algunos casos, podemos darle un suministro provisional de un medicamento cuando este no está incluido en nuestra *Lista de Medicamentos* o está limitado de alguna manera. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor acerca de cómo obtener un medicamento diferente o para solicitar al plan que cubra el medicamento.

Para obtener un suministro provisional de un medicamento, usted debe cumplir con las dos siguientes reglas:

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



1. El medicamento que ha estado tomando:
 - Ya no está en nuestra *Lista de medicamentos* o
 - Nunca estuvo en nuestra *Lista de medicamentos* o
 - Ahora está limitado de alguna manera.
2. Usted debe estar en alguna de estas situaciones:
 - Usted estuvo en el plan el año pasado.
 - Cubrimos un suministro provisional de su medicamento durante los primeros *90 días* del año calendario.
 - Este suministro provisional se otorga por hasta *31 días*.
 - Si su receta médica está emitida por menos días, le permitimos múltiples resurtidos para proveer hasta un máximo de 31 días de medicamentos. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios.
 - Es nuevo en nuestro plan.
 - Cubrimos un suministro provisional de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.**
 - Este suministro provisional se otorga por hasta 31 días.
 - Si su receta médica está emitida por menos días, le permitimos múltiples resurtidos para proveer hasta un máximo de 31 días de medicamentos. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden brindarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios.
 - Usted ha estado en nuestro plan durante más de 90 días, reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubrimos un suministro por 31 días o menos si su receta es por menos días. Esto es además del suministro provisional anterior.
 - Si usted es un residente nuevo de un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) y ha estado inscrito en nuestro plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestro formulario o está sujeto a otras restricciones, tales como una terapia escalonada o dosis limitadas, nosotros cubriremos un suministro provisional de emergencia de 31 días de ese medicamento (a menos que la receta médica sea por un número menor de días) mientras el miembro tramita una excepción de formulario. Existen excepciones disponibles en situaciones en que usted experimenta un cambio en el nivel de atención que recibe, que también requiere que realice una transición desde un centro de tratamiento a otro. En dichas circunstancias, usted sería elegible para una excepción provisional de un surtido por única vez, aunque hayan pasado los primeros 90 días como miembro del plan. Esto es solo para medicamentos cubiertos por Medicare Part D y no se aplica a los medicamentos cubiertos por Medicaid. Tenga en cuenta que nuestra política de transición se aplica únicamente a los medicamentos que son “medicamentos de la Parte D” y comprados en una farmacia de la red. La política de

transición no puede utilizarse para comprar un medicamento que no esté incluido en la Parte D o que esté fuera de la red, a menos que usted reúna los requisitos para el acceso fuera de la red. Para solicitar un suministro provisional de un medicamento, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

D2. Cómo solicitar un suministro provisional

Para solicitar un suministro provisional de un medicamento, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Cuando usted reciba un suministro provisional de un medicamento, consulte con su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando se le termine el suministro. Estas son sus opciones:

- Cambiarse a otro medicamento.

Es posible que nuestro plan cubra un medicamento diferente que funcione para usted. Llame al Departamento de Servicios para Miembros a fin de solicitar una lista de medicamentos que cubrimos que sirvan para tratar la misma condición médica. La lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted.

O

- Solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, puede solicitarnos que cubramos un medicamento que no se encuentre en nuestra *Lista de Medicamentos* o solicitarnos que cubramos el medicamento sin límites. Si su proveedor dice que usted tiene una buena razón médica para una excepción, podrán ayudarle a pedirla.

D3. Solicitar una excepción

Si un medicamento que usted está tomando va a ser quitado de nuestra *Lista de Medicamentos* o va a estar limitado de alguna manera durante el próximo año, le permitimos solicitar una excepción antes del próximo año.

- Le informamos sobre cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año siguiente. Puede solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento por el próximo año de la manera que usted desea.
- Respondemos su solicitud de excepción en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud (o declaración de apoyo del recetador).
- Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura para el medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

Para obtener más información acerca de cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o con su coordinador de cuidados.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre el 1 de enero, pero podemos agregar o retirar medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos* durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podemos:

- Decidir si requiere o no aprobación previa (PA) para un medicamento (permiso nuestro antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener (límites de cantidad).
- Agregar o cambiar restricciones de terapia escalonada con respecto a un medicamento (debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).
- Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de cambiar la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. Para obtener más información sobre estas políticas de medicamentos, consulte la **Sección C**.

Si toma un medicamento que estaba cubierto **al principio** del año, generalmente, no retiraremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que se produzca alguna de las siguientes situaciones:

- Surge un nuevo medicamento más económico en el mercado que es tan efectivo como alguno de los medicamentos que se encuentran en nuestra *Lista de Medicamentos* actual, o
- nos enteramos de que un medicamento no es seguro, o
- un medicamento es retirado del mercado.

¿Qué hacer si cambia la cobertura para uno de los medicamentos que usted está tomando?

Para obtener más información sobre lo que sucede cuando nuestra *Lista de Medicamentos* cambia, siempre puede:

- Consultar nuestra *Lista de Medicamentos* actual en línea en MolinaHealthcare.com/Medicare o
- llamar al Departamento de Servicios para Miembros para consultar la *Lista de Medicamentos* actual al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.

Cambios que podemos hacer en la *Lista de Medicamentos* que lo afectan durante este año del plan

Algunos cambios en la **Lista de medicamentos** serán inmediatos. Por ejemplo:

- **Un nuevo medicamento genérico se vuelve disponible.** A veces, sale al mercado un nuevo medicamento genérico o biosimilar que funciona tan bien como un medicamento de marca o un producto biológico original que ya figura en la *Lista de Medicamentos*. Cuando eso sucede, podemos retirar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico, pero su costo por el nuevo medicamento permanecerá igual. Cuando agregamos un nuevo medicamento

genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar las reglas de cobertura o los límites.

- Es posible que no le avisemos antes de hacer el cambio, pero le enviemos información acerca del cambio específico que hicimos una vez que este ocurra.
- Usted puede solicitar una “excepción” a esos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos que puede seguir para obtener una excepción. Consulte el **Capítulo 9** de este manual para obtener más información sobre las excepciones.

Eliminación de medicamentos inseguros y otros medicamentos que se retiran del mercado. A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto sucede, podemos eliminar de inmediato el medicamento de nuestra *Lista de Medicamentos*. Si está tomando ese medicamento, se lo comunicaremos después de realizar el cambio. Comuníquese con el médico que se lo recetó si recibe una notificación.

Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los medicamentos que usted toma. Le avisamos con anticipación acerca de estos otros cambios a nuestra *Lista de Medicamentos*. Estos cambios pueden ocurrir si:

- La FDA proporciona nuevas guías o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.

Cuando estos cambios sucedan, nosotros:

- Le avisaremos, por lo menos, 30 días antes de implementar el cambio en nuestra *Lista de Medicamentos*; o
- le avisaremos y le daremos la cantidad de medicamentos para 31 días después de que pida una renovación.

Esto le da tiempo para hablar con su médico u otro recetador. Este le podrá ayudar a decidir:

- si hay algún otro medicamento similar en nuestra *Lista de Medicamentos* que pueda tomar en su lugar o
- si debe solicitar una excepción a estos cambios para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información acerca de cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

Cambios en la *Lista de Medicamentos* que no lo afectan durante este año del plan

Podemos hacer cambios a los medicamentos que usted toma que no lo afecten ahora. En este caso, si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **principio** del año, generalmente no retiramos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si eliminamos un medicamento que usted está tomando, aumentamos lo que paga por el medicamento o limitamos su uso, entonces el cambio no afectará su uso del medicamento o lo que paga por el medicamento durante el resto del año.

Si se produce alguno de estos cambios para un medicamento que esté tomando (excepto los cambios indicados en la sección anterior), el cambio no afectará a su uso hasta el 1 de enero del año siguiente.



No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año actual. Deberá consultar la *Lista de Medicamentos* para el año siguiente del plan (cuando la lista esté disponible durante el periodo de inscripción abierta) para ver si hay cambios en los medicamentos que está tomando que lo afectarán durante el año siguiente del plan.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. En un hospital o un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan

Si usted es internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una permanencia cubierta por el plan, por lo general, cubrimos el costo de sus medicamentos durante la internación. Usted no pagará un copago. Cuando se le dé el alta del hospital o del centro de enfermería especializada, cubriremos sus medicamentos siempre que estos cumplan con todas nuestras normas de cobertura.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga, consulte el **Capítulo 6** de este *Manual del Miembro*.

F2. En un centro de atención a largo plazo

Por lo general, un centro de atención a largo plazo, como por ejemplo un centro de enfermería, tiene su propia farmacia o una farmacia que le provee medicamentos para todos sus residentes. Si usted vive en un centro de atención a largo plazo, puede adquirir sus medicamentos a través de la farmacia del centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para verificar si la farmacia del centro de atención a largo plazo donde usted reside es parte de nuestra red. Si no forma parte de nuestra red, o si usted necesita más información, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

F3. En un centro de cuidado paliativo certificado por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por los cuidados paliativos y nuestro plan al mismo momento.

- Puede estar inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y requerir un medicamento determinado (p. ej., analgésico, antiemético, laxante o contra la ansiedad) que el centro de cuidados paliativos no cubre porque no está relacionado con su pronóstico terminal y sus afecciones. En ese caso, nuestro plan debe recibir una notificación de su recetador o proveedor de cuidados paliativos acerca de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo.
- Para evitar demoras en recibir medicamentos que no estén relacionados, que deben ser cubiertos por nuestro plan, puede pedirle a su proveedor de cuidados paliativos o a su recetador que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a la farmacia que surta su receta médica.

Si abandona el centro de cuidados paliativos, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar cualquier demora en la farmacia cuando termine el beneficio del centro de cuidados paliativos de



Medicare, entregue la documentación a la farmacia para verificar que usted ha abandonado el centro de cuidados paliativos.

Lea las partes anteriores de este capítulo que hablan sobre los medicamentos que cubre nuestro plan. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre el beneficio de cuidados paliativos.

G. Programas sobre seguridad y administración de medicamentos

G1. Programas para ayudarlo a utilizar los medicamentos de forma segura

Cada vez que a usted se le surte una receta médica, intentamos detectar posibles problemas, como errores de medicamentos o medicamentos que:

- Pueden no ser necesarios porque usted toma otro medicamento similar que produce el mismo efecto.
- Pueden no ser seguros para su edad o sexo.
- Podrían ser nocivos si se toman al mismo tiempo.
- Podrían tener ingredientes a los que usted sea, o podría ser, alérgico.
- Puede ser un error en la cantidad (dosis).
- Tengan cantidades no seguras de medicamentos para aliviar el dolor a base de opioides.

Si detectamos un problema posible en el uso de los medicamentos, trabajamos con su proveedor para corregirlo.

G2. Programas para ayudarlo a manejar sus medicamentos

Nuestro plan dispone de un programa para ayudar a los miembros con necesidades médicas complejas. En dichos casos, puede ser elegible para obtener servicios, sin costo, a través del Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa le ayuda a usted y a su proveedor a asegurarse de que sus medicamentos funcionan para mejorar su salud. Si cumple los requisitos del programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud pueden realizar una revisión integral de todos sus medicamentos y hablar con usted sobre lo siguiente:

- Cómo obtener el mayor beneficio de los medicamentos que toma.
- Cualquier duda que tenga, como los costos y reacciones a los medicamentos.
- Cómo tomar mejor sus medicamentos.
- Cualquier pregunta o problema que tenga acerca de su receta médica y medicamento de venta libre.

Luego, le darán:

- Un resumen por escrito de esta conversación. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos en el que se recomienda qué hacer para alcanzar el mejor uso de sus medicamentos.



- Una lista personal de medicamentos que incluya todos los medicamentos que toma, cuánto toma, y cuándo y por qué lo hace.
- Información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias de dispensación controlada.

Es una buena idea hablar con su médico recetador sobre su plan de acción y su lista de medicamentos.

- Lleve su plan de acción y lista de medicamentos a su consulta o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica.
- Lleve su lista de medicamentos si acude a un hospital o a una sala de emergencias.

Los programas de MTM son voluntarios y gratuitos para los miembros que califican. Si contamos con un programa que se adecúe a sus necesidades, lo inscribiremos en este y le enviaremos información. Si no desea participar en el programa, háganoslo saber y lo sacaremos de él.

Si tiene alguna pregunta acerca de estos programas, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o su coordinador de cuidados.

G3. Programa de manejo de medicamentos (Drug Management Program, DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos con opioides de manera segura

Tenemos un programa que ayuda a que nuestros miembros consuman de manera segura sus opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Manejo de Medicamentos (Drug Management Program, DMP).

Si usa medicamentos con opioides que obtiene de distintos médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides recientemente, podemos hablar con sus recetadores para asegurarnos de que su uso de medicamentos con opioides sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus recetadores, si decidimos que su uso de medicamentos recetados con opioides o benzodiazepina puede no ser seguro, podríamos limitar el modo en que puede obtener esos medicamentos. Si lo asignamos a nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Requerir que usted obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o de benzodiacepina de una farmacia en particular.
- Requerir que usted obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o benzodiacepina de un recetador en particular.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si planificamos limitar el modo en que puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. En la carta se le indicará si vamos a limitar la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le exigirá que obtenga las recetas para estos medicamentos solo de un proveedor o farmacia específicos.

Tendrá la oportunidad de decirnos qué recetadores o farmacias prefiere utilizar y cualquier información que considere importante para nosotros. Después de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme las limitaciones.



Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación o la limitación, usted y su recetador pueden apelar. Si decide apelar, revisaremos su caso y le informaremos sobre la nueva decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su apelación en relación con las limitaciones de acceso a estos medicamentos, enviamos automáticamente su caso a una Organización de Revisión Independiente (IRO). (Para obtener más información acerca de las apelaciones y la IRO, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*).

El DMP puede no aplicar a usted si:

- tiene determinadas condiciones médicas, como cáncer o drepanocitosis;
- recibe cuidados hospitalarios, paliativos o terminales; o
- vive en un centro de atención a largo plazo.

Capítulo 6: Lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de Medicaid y Medicare

Introducción

En este capítulo se le indica lo que usted paga por sus medicamentos para pacientes ambulatorios. Por “medicamentos”, nos referimos a:

- Medicamentos de Medicare Part D y
- Medicamentos y artículos cubiertos por Medicaid.

Debido a que usted es elegible para Medicaid, usted obtiene “Ayuda Extra” (Extra Help) de Medicare para ayudarle a pagar por sus medicamentos de Medicare Part D. Le hemos enviado un anexo titulado “Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Extra (Extra Help) para la compra de medicamentos recetados” (también conocida como “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o Cláusula LIS), que describe la cobertura de medicamentos que le corresponde. Si no tiene este anexo, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida su “Cláusula adicional LIS”.

“Ayuda Extra” (Extra Help) es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir sus costos de los medicamentos de Medicare Part D, como primas, deducibles y copagos. A este programa de “Ayuda Extra” (Extra Help) también se lo conoce como “Subsidio por bajos ingresos” (Low-Income Subsidy, “LIS”).

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Para obtener más información acerca de los medicamentos, puede consultar en estos lugares:

- Nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos*.
 - Nosotros la llamamos “*Lista de Medicamentos*”. Le indica:
 - Qué medicamentos pagamos.
 - En cuál de las 6 categorías se encuentra cada medicamento.
 - Si hay algún límite en los medicamentos.
 - Si necesita una copia de nuestra *Lista de Medicamentos*, llame al Departamento de Servicios para Miembros. También puede encontrar la *Lista de Medicamentos* más reciente en nuestro sitio web: MolinaHealthcare.com/Medicare.
- **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro*.
 - Le indica cómo obtener medicamentos para pacientes ambulatorios por medio de nuestro plan.
 - Incluye las reglas que usted debe seguir. También se le indica qué tipos de medicamentos no cubre nuestro plan.

- Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte el **Capítulo 5, Sección B2**), el costo que ve muestra una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. Puede llamar a su coordinador de cuidados o al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.
- Nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.
 - En la mayoría de los casos, usted debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son farmacias que aceptan trabajar con nosotros.
 - El *Directorio de Proveedores y Farmacias* tiene una lista de farmacias de nuestra red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las farmacias de la red.

Índice

A. La Explicación de Beneficios (EOB)	137
B. Cómo llevar el control de los costos de sus medicamentos	138
C. Etapas de pago de medicamentos para medicamentos de Medicare Part D	139
C1. Nuestro plan tiene seis (6) categorías de distribución de costos	139
C2. Sus opciones de farmacia	140
C3. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	140
C4. Lo que paga usted	140
D. Etapa 1: Etapa de cobertura inicial	143
D1. Sus opciones de farmacia	144
D2. Cómo obtener un suministro largo plazo de medicamentos	144
D3. Lo que paga usted	144
D4. Fin de la Etapa de Cobertura Inicial	147
E. Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica	147
F. El costo de sus medicamentos si su médico le receta menos de un mes completo de suministro	148
G. ¿Qué paga usted por las vacunas de la Parte D?	148
G1. Lo que necesita saber antes de obtener una vacuna	149

A. La Explicación de Beneficios (EOB)

Nuestro plan lleva un registro de sus costos de medicamentos y los pagos que realiza cuando obtiene recetas en la farmacia. Llevamos el registro de dos tipos de costos:

- Sus **gastos de bolsillo**. Esta es la suma de dinero que usted, u otras personas en su nombre, pagan por sus recetas médicas. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos y cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante la Ayuda Extra (Extra Help) de Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, Indian Health Service, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- Sus **costos totales de los medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados para sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Incluye lo que pagó nuestro plan y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando obtiene medicamentos por medio del plan, le enviamos un informe llamado *Explicación de Beneficios*. La llamamos EOB para abreviar. La EOB no es una factura. En la EOB, se encuentra más información sobre los medicamentos que toma. La EOB incluye:

- **Información del mes**. El resumen indica los medicamentos que recibió el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que nosotros pagamos, y lo que usted y otros pagan por usted.
- **Totales del año desde el 1 de enero**. Esto muestra el costo total de los medicamentos y el total de pagos efectuados por sus medicamentos desde principios de año.
- **Información sobre el precio del medicamento**. Es el precio total por medicamentos y los cambios en el precio del medicamento desde la primera vez que se surtió para cada pedido de receta médica de la misma cantidad.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando corresponda, la información sobre otros medicamentos disponibles que tienen una distribución de costos menor para cada receta médica.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos efectuados por estos medicamentos no se contabilizan en los gastos totales de su bolsillo.
- Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra *Lista de Medicamentos*. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados y de venta libre se encuentran cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Estos medicamentos no están en la *Lista de Medicamentos*.

B. Cómo llevar el control de los costos de sus medicamentos

Para llevar un control de los costos de los medicamentos y los pagos que realice, utilizamos registros que obtenemos de usted y de su farmacia. Así es como puede ayudarnos:

1. Utilice su tarjeta de identificación de miembro.

Exhiba su tarjeta de identificación del miembro cada vez que le surtan una receta médica. Esto nos ayuda a saber qué recetas médicas se le surten y lo que paga.

2. Asegúrese de comunicarnos la información que necesitamos.

Entréguenos las copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que usted pagó. Puede pedirnos el reintegro del costo que nos corresponde por el medicamento.

Estos son ejemplos de cuando debe proporcionarnos copias de sus recibos:

- Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forme parte de los beneficios de nuestro plan.
- Cuando paga un copago por medicamentos que recibe dentro del programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
- Cuando compra los medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.
- Cuando paga el precio completo por un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

Para obtener más información acerca de cómo solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.

3. Envíenos información de los pagos que otras personas hayan realizado por usted.

Los pagos hechos por algunas otras personas y organizaciones también cuentan como parte de los gastos de su propio bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés), un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas Americanos y la mayoría de las instituciones de caridad cuentan en el cálculo de sus gastos de su bolsillo. Esto puede ayudarle a reunir los requisitos para la cobertura catastrófica. Cuando alcanza la Etapa de Cobertura Catastrófica, nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos de Medicare Part D por el resto del año.

4. Revise las EOB que le enviemos.

Cuando usted obtenga una EOB por correo, asegúrese de que sea correcta y esté completa.

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Compruebe las fechas. ¿Le entregaron medicamentos ese día?
- **¿Le entregaron los medicamentos que aparecían en la lista?** ¿Coinciden con los que aparecen en sus recibos? ¿Los medicamentos coinciden con los que le recetó su médico?

¿Qué ocurre si encuentra errores en este resumen?

Si algo es confuso o no le parece correcto en esta EOB, llámenos al Departamento de Servicios para Miembros de Molina Healthcare. También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestro sitio web: MolinaHealthcare.com/Medicare.

¿Qué sucede con los posibles fraudes?

Si en este resumen se muestran medicamentos que no toma o cualquier otro dato que le parezca sospechoso, comuníquese con nosotros.

- Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros de Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP).
- O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita.
- Para informar un fraude a Medicaid en Ohio, usted puede:
 - Llamar al Departamento de Medicaid de Ohio (ODM) al 614-466-0722.
 - Llamar a la Unidad de Control de Fraude de Medicaid (MFCU) al 800-282-0515
www.ohioattorneygeneral.gov/About-AG/Service-Divisions/Health-Care-Fraud/Report-Medicaid-Fraud

Si considera que faltan datos o que hay información incorrecta, o si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Guarde estas EOB. Son registros importantes de sus gastos por medicamentos.

C. Etapas de pago de medicamentos para medicamentos de Medicare Part D

Existen dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de Medicare Part D conforme a nuestro plan. Lo que usted paga por cada receta depende de la etapa en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento recetado o resurte la receta. Estas son las dos etapas:

Etapa 1: Etapa de cobertura inicial	Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica
En esta etapa, pagamos parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. Su parte del costo se denomina copago. Usted comienza en esta etapa cuando surte la primera receta médica del año.	En esta etapa, pagamos todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2026. Esta etapa comienza después de que paga un monto determinado de gastos de su bolsillo.

C1. Nuestro plan tiene seis (6) categorías de distribución de costos

Las categorías de distribución de costos son grupos de medicamentos con el mismo copago. Todos los medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos*. Cada medicamento en la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan se incluye en una de las seis (6) categorías de distribución de costos. Para encontrar la categoría de sus medicamentos, puede consultar la *Lista de Medicamentos*.

Categoría 1: genéricos preferidos

Categoría 2: genéricos

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Categoría 3: de marca preferidos

Categoría 4: no preferidos

Categoría 5: medicamentos especializados

Categoría 6: medicamentos de atención selecta

C2. Sus opciones de farmacia

Lo que paga por un medicamento depende de que adquiera el medicamento en los siguientes lugares:

- una farmacia de la red; o
- una farmacia fuera de la red. En casos limitados, cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para saber en qué momentos proporcionamos dicha cobertura.
- El servicio de farmacia por correo de nuestro plan.

Consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* para obtener información sobre cómo presentar una apelación si le informan que un medicamento no será cubierto. Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* y nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

C3. Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

En el caso de algunos medicamentos, usted puede adquirir un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) cuando surta su receta médica. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días. Puede costar lo mismo que un suministro de un mes.

Para obtener información detallada sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* o nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

C4. Lo que paga usted

Usted puede pagar un copago cuando le surtan una receta médica. Si los costos de medicamentos cubiertos son menores que el copago, usted paga el precio más bajo.

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para determinar cuánto es su copago para cualquier medicamento cubierto.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro para un mes de un medicamento cubierto en los siguientes lugares:

	Una farmacia de la red Suministro de un mes o de hasta 31 días	El servicio de pedidos por correo de nuestro plan Suministro de un mes o de hasta 31 días	Una farmacia de atención a largo plazo de la red Suministro de hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red Suministro de hasta 31 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual del Miembro</i> para obtener más detalles.
Categoría 1 de distribución de costos (Genéricos preferidos)	\$0	\$0	\$0	\$0
Categoría 2 de distribución de costos (Genéricos)	\$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	\$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	\$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	\$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.

	Una farmacia de la red Suministro de un mes o de hasta 31 días	El servicio de pedidos por correo de nuestro plan Suministro de un mes o de hasta 31 días	Una farmacia de atención a largo plazo de la red Suministro de hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red Suministro de hasta 31 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual del Miembro</i> para obtener más detalles.
Categoría 3 de distribución de costos (Medicamentos de marca preferidos)	\$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	\$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	\$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	\$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.
Categoría 4 de distribución de costos (Medicamento no preferido)	\$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	\$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	\$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	\$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.

	Una farmacia de la red Suministro de un mes o de hasta 31 días	El servicio de pedidos por correo de nuestro plan Suministro de un mes o de hasta 31 días	Una farmacia de atención a largo plazo de la red Suministro de hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red Suministro de hasta 31 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual del Miembro</i> para obtener más detalles.
Categoría 5 de distribución de costos (Categoría de medicamentos especializados)	\$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	\$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	\$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	\$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.
Categoría 6 de distribución de costos (Medicamentos de Atención Selecta)	\$0	\$0	\$0	\$0

Para obtener información sobre cuáles farmacias pueden proporcionarle suministros a largo plazo, consulte nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

D. Etapa 1: Etapa de cobertura inicial

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, pagamos una parte del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga su parte. Su parte del costo se denomina copago. El copago depende de la categoría de distribución de costos en la que está el medicamento y dónde lo obtiene.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



Las categorías de distribución de costos son grupos de medicamentos con el mismo copago. Cada medicamento en la *Lista de Medicamentos* de nuestro plan se incluye en una de las seis (6) categorías de distribución de costos. En general, cuanto más alto es el número de categoría, más alto será el copago. Para encontrar las categorías de distribución de costos de sus medicamentos, consulte nuestra *Lista de Medicamentos*.

- Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos
- Categoría 2: Medicamentos genéricos
- Categoría 3: Medicamentos de marca preferida
- Categoría 4: Medicamento no preferido
- Categoría 5: Categoría de medicamentos especializados
- Categoría 6: Medicamentos de atención selecta

D1. Sus opciones de farmacia

Lo que paga por un medicamento depende de si adquiere el medicamento en los siguientes lugares:

Una farmacia minorista de la red o

- Una farmacia fuera de la red. En casos limitados, cubrimos los medicamentos recetados en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para saber en qué momentos proporcionamos dicha cobertura.
- El servicio de farmacia por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre estas opciones, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* y nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

D2. Cómo obtener un suministro largo plazo de medicamentos

En el caso de algunos medicamentos, usted puede adquirir un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) cuando surta su receta médica. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días. Cuesta lo mismo que un suministro de un mes.

Para obtener información detallada sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* o el *Directorio de Proveedores y Farmacias*.

D3. Lo que paga usted

Durante la etapa de cobertura inicial, deberá pagar un copago cada vez que le surtan un medicamento recetado. Si los costos de medicamentos cubiertos son menores que el copago, usted paga el precio más bajo.

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para determinar cuánto es su copago para cualquier medicamento cubierto.

Su parte del costo cuando obtiene un suministro para un mes de un medicamento cubierto en:



	Una farmacia de la red Suministro de un mes o de hasta 31 días	El servicio de pedidos por correo de nuestro plan Suministro de un mes o de hasta 31 días	Una farmacia de atención médica a largo plazo de la red Suministro de un mes o de hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red Suministro de hasta 31 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual del Miembro</i> para obtener más detalles.
Categoría 1 de distribución de costos (Genéricos preferidos)	\$0	\$0	\$0	\$0
Categoría 2 de distribución de costos (Genéricos)	\$0	\$0	\$0	\$0
Categoría 3 de distribución de costos (Medicamentos de marca preferidos)	\$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	\$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	\$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	\$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.

	Una farmacia de la red Suministro de un mes o de hasta 31 días	El servicio de pedidos por correo de nuestro plan Suministro de un mes o de hasta 31 días	Una farmacia de atención médica a largo plazo de la red Suministro de un mes o de hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red Suministro de hasta 31 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual del Miembro</i> para obtener más detalles.
Categoría 4 de distribución de costos (Medicamento no preferido)	\$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	\$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	\$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	\$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.
Categoría 5 de distribución de costos (Categoría de medicamentos especializados)	\$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	\$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	\$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.	\$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados.

	Una farmacia de la red Suministro de un mes o de hasta 31 días	El servicio de pedidos por correo de nuestro plan Suministro de un mes o de hasta 31 días	Una farmacia de atención médica a largo plazo de la red Suministro de un mes o de hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red Suministro de hasta 31 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Consulte el Capítulo 5 de este <i>Manual del Miembro</i> para obtener más detalles.
Categoría 6 de distribución de costos (Medicamentos de Atención Selecta)	\$0	\$0	\$0	\$0

Para obtener información sobre qué farmacias pueden proporcionarle suministros a largo plazo, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*.

D4. Fin de la Etapa de Cobertura Inicial

La Etapa de Cobertura Inicial finaliza cuando los gastos totales de su bolsillo alcanzan los \$2,100. En este momento, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Cubrimos todos los costos de medicamentos desde entonces hasta el final del año.

Su descripción de beneficios (EOB) le será de utilidad para hacer un seguimiento de lo que ha pagado por sus medicamentos durante el año. Le informaremos si alcanza el límite de \$2,100. Muchas personas no llegan a este límite en un año.

E. Etapa 2: Etapa de cobertura catastrófica

Cuando alcanzas el límite de gastos de bolsillo de \$2,100 para tus medicamentos, comienza la etapa de cobertura catastrófica. Permaneces en esta etapa hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, no pagas nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D.

F. El costo de sus medicamentos si su médico le receta menos de un mes completo de suministro

Por lo general, usted paga un copago para cubrir el suministro mensual completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetarle un suministro de medicamentos para menos de un mes.

- Es posible que haya ocasiones en las que desee preguntarle a su médico si le puede recetar una cantidad menor a la del suministro mensual de un medicamento (por ejemplo, cuando usted prueba por primera vez un medicamento).
- Si su médico está de acuerdo, usted no paga por el suministro mensual completo de ciertos medicamentos.

Cuando obtiene un suministro menor que el suministro mensual de un medicamento, el monto que paga se basa en cuántos días de suministro del medicamento reciba. Calculamos el monto que pague por día por su medicamento (“tasa de distribución de costos diario”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días de suministro del medicamento recibe.

- Este es un ejemplo: supongamos que el copago para su medicamento para el suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es de \$1.35. Esto significa que el monto que le corresponde pagar por su medicamento es menos de \$0.05 por día. Si usted recibe un suministro de un medicamento para 7 días, su pago es de menos de \$0.05 por día, multiplicado por 7 días, para un pago total de menos de \$0.35.
- La distribución de costos diaria le permite asegurarse de que su medicamento funcione para usted antes de que pague el suministro de un mes entero.
- También puede pedirle a su proveedor que le recete una cantidad menor al suministro mensual de un medicamento, para ayudarle a lo siguiente:
 - planificar mejor cuándo resurtir sus medicamentos;
 - coordinar los resurtidos con otros medicamentos que toma; e
 - ir menos veces a la farmacia.

G. ¿Qué paga usted por las vacunas de la Parte D?

Mensaje importante sobre lo que se paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por Medicare Part B. Otras vacunas se consideran medicamentos de Medicare Part D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la *Lista de Medicamentos*. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de Medicare Part D sin costo para usted. Consulte la *Lista de Medicamentos* de su plan o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener detalles sobre la cobertura y la distribución de costos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de Medicare Part D se divide en dos partes:

1. La primera parte corresponde al costo de la vacuna en sí.
2. La segunda parte corresponde al costo de administrarle a usted la vacuna. Por ejemplo, algunas veces puede recibir la vacuna como una inyección que le administra su médico.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



G1. Lo que necesita saber antes de obtener una vacuna

Le recomendamos que llame al Departamento de Servicios para Miembros si planea recibir una vacuna.

- Podemos brindarle información sobre la cobertura que nuestros planes ofrecen para su vacuna.
- Nosotros podemos indicarle cómo mantener sus costos en un nivel bajo utilizando los proveedores y farmacias de la red. Las farmacias y los proveedores de la red aceptan trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red coordina con nosotros para asegurarse de que no tenga costos iniciales para una vacuna de Medicare Part D.

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

Este capítulo le informa cómo y cuándo enviarnos una factura para que paguemos. También le informa sobre cómo apelar si no está de acuerdo con la decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Cómo solicitar que paguemos por sus servicios o medicamentos	151
B. Cómo enviar una solicitud de pago	153
C. Decisiones de cobertura	154
D. Apelaciones	154

A. Cómo solicitar que paguemos por sus servicios o medicamentos

Nuestros proveedores de la red deben facturarle al plan por sus medicamentos y servicios cubiertos después de que los haya recibido. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan médico.

No permitimos que los proveedores de Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) le facturen por estos servicios. Nosotros pagamos a nuestros proveedores directamente y lo protegemos a usted de cualquier cargo.

Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o medicamentos, no la pague y envíenosla. Para enviarnos una factura, consulte la Sección B.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos directamente al proveedor.
- Si cubrimos los servicios o los medicamentos y ya pagó más que su parte del costo derecho a recibir un reembolso.
 - Si pagó por servicios que Medicare cubre, le reembolsaremos su dinero.
 - Si pagó por servicios que Medicaid cubre, no le podremos reembolsar su dinero, pero lo hará el proveedor. El Departamento de Servicios para Miembros o su coordinador de cuidados lo pueden ayudar a contactarse con el consultorio del proveedor. Consulte el final de la página para obtener los números telefónicos del Departamento de Servicios para Miembros.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo informaremos.

Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o con su coordinador de cuidados si tiene alguna pregunta. Si no sabe cuánto es el monto que debería haber pagado, o si recibe una factura y no sabe qué hacer con ella, lo podemos ayudar. También nos puede llamar si desea darnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

Ejemplos de situaciones en las que usted puede solicitarnos un reintegro o que paguemos una factura que usted recibió incluyen los siguientes:

1. Cuando recibe atención de emergencia o de urgencia de un proveedor fuera de la red

Pídale al proveedor que nos facture.

- Si usted paga la suma total cuando recibe la atención, puede pedirnos un reembolso. Envíenos la factura y la prueba de cualquier pago que usted haya realizado.
- A veces, puede recibir una factura de un proveedor que solicita un pago que usted considera que no le corresponde pagar. Envíenos la factura y la prueba de cualquier pago que usted haya realizado.
 - Si al proveedor se le debe un pago, se lo haremos directamente al proveedor.
 - Si ya pagó por el servicio de Medicare, le haremos un reembolso.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura

Los proveedores de la red deben facturarnos siempre a nosotros. Es importante que exhiba su tarjeta de identificación de miembro cuando obtenga cualquier servicio o receta médica. Pero a veces cometen errores y le solicitan a usted pagar por los servicios o le exigen que pague más que su parte de los costos. **Llame al Departamento de Servicios para Miembros** o a su coordinador de cuidados al número que figura al final de esta página **si recibe alguna factura**.

- Debido a que nosotros pagamos todo el costo de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red, envíenosla. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos haremos cargo del problema.
- Si ya ha pagado una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura y una prueba de cualquier pago que haya hecho. Le reembolsaremos por los servicios cubiertos.

3. Si usted se inscribe en nuestro plan en forma retroactiva

A veces, su inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Significa que ya pasó el primer día de su inscripción. Puede que incluso haya sido el año pasado).

- Si se inscribió retroactivamente y pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le devolvamos el dinero.
- Envíenos la factura y la prueba de cualquier pago que usted haya realizado.

4. Cuando surte un medicamento recetado en una farmacia fuera de la red

Si acude a una farmacia fuera de la red, usted paga el costo total de su receta médica.

- Solo en unos pocos casos, cubriremos las recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red. Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite que le reembolsemos.
- Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red.
- Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y la cantidad que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de una receta médica de Medicare Part D porque no tiene su tarjeta de identificación de miembro con usted

Si no tiene su tarjeta de identificación de miembro, puede solicitarle a la farmacia que nos llame o que busque su información de inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que tenga que pagar el costo total de la receta médica o volver a la farmacia con su tarjeta de identificación de miembro.
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.
- Es posible que no le reembolsemos la totalidad del costo que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior a nuestro precio negociado por la receta.

6. Cuando paga el costo total de una receta de Medicare Part D de un medicamento que no está cubierto

Puede pagar el costo total de la receta médica debido a que el medicamento no está cubierto.

- Es posible que el medicamento no esté en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)*, que aparece en nuestro sitio web, o que haya un requisito o una restricción que desconocía o que consideraba que no aplicaba en su caso. Si decide adquirir el medicamento, es posible que tenga que pagar el costo total.
 - Si no paga por el medicamento, pero cree que nosotros deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*).
 - Si usted y su médico u otro recetador creen que necesita el medicamento de inmediato (dentro de las 24 horas), puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*).
- Envíenos una copia del recibo cuando nos solicite que le reembolsemos. En algunos casos, necesitaremos más información de su médico u otro recetador para efectuar el reintegro por nuestra parte del costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio que pagó es más alto que nuestro precio negociado por la receta.

Cuando usted nos envía una solicitud de pago, nosotros la revisamos y decidimos si el servicio o el medicamento deberían estar cubiertos. Esto se denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que el servicio o medicamento debe estar cubierto, pagamos nuestra parte de su costo.

Si denegamos una solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Para saber cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

B. Cómo enviar una solicitud de pago

Envíenos su factura y una prueba de cualquier pago que haya realizado por los servicios de Medicare. La constancia de pago puede ser una copia del cheque que emitió o un recibo del proveedor. **Es aconsejable conservar una copia de la factura y los recibos para sus registros.** Puede solicitar ayuda a su coordinador de cuidados. Nos debe enviar su información dentro de los 365 días posteriores a la fecha en que recibió el servicio o artículo, o dentro de los 36 meses de la fecha en que recibió el medicamento.

Envíe su solicitud de pago por correo junto con cualquier factura o recibo a la siguiente dirección:

Molina Complete Care for MyCare Ohio
P.O. Box 349020 Columbus
OH 43234-9020

Para los servicios de la Parte D/Medicaid (Recetas):

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)
7050 Union Park Center, Suite 600

Midvale, UT 84047

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión de cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, artículo o medicamento. También decidimos la suma de dinero, si corresponde, que debe pagar.

- Le haremos saber si necesitamos que nos proporcione más información.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento, y usted siguió todas las normas para obtener la atención o el medicamento, lo pagaremos. Si ya pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos un cheque por lo que usted pagó. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no le reembolsen el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado). Si todavía no ha pagado, le pagamos al proveedor directamente.

En el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro*, se explican las normas para obtener los servicios cubiertos. En el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro*, se detallan las normas para obtener los medicamentos cubiertos de Medicare Part D.

- Si decidimos no pagar nuestra parte del costo del servicio o el medicamento, le enviaremos una carta en la que se explican las razones. En la carta, también se le explican sus derechos para presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9**.

D. Apelaciones

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. Esto se llama “presentar una apelación”. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la suma que pagamos.

El proceso formal de apelaciones tiene procedimientos y plazos específicos. Para obtener más información acerca de las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*.

- Para presentar una apelación para recibir un reembolso por un servicio de atención médica, consulte la **Sección F**.
- Para presentar una apelación sobre un reembolso por un medicamento, consulte la **Sección G**.

Capítulo 8: Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades ...	156
B. Nuestra responsabilidad de brindarle acceso oportuno a sus medicamentos y servicios cubiertos	157
C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)	159
C1. Cómo protegemos su PHI	159
C2. Su derecho a ver sus historias clínicas	160
D. Nuestra responsabilidad de brindarle información	161
E. Incapacidad de los proveedores de la red de facturarle directamente	162
F. Su derecho a dejar nuestro plan	162
G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica	163
G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones	163
G2. Su derecho a decir lo que desea que ocurra si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo	163
G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones	164
H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones	165
H1. Qué puede hacer si lo están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos	165
I. Sus responsabilidades como miembro del plan	165
I1. Programa de recuperación del patrimonio	167

A. Su derecho a recibir servicios e información de una manera que cumpla con sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todas las personas, incluidas aquellas con poco dominio del inglés, destrezas de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellas con diversos orígenes culturales y étnicos. Le informaremos sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Todos los años debemos informarle acerca de los derechos que tiene como afiliado de nuestro plan.

- Para obtener información de una forma que pueda comprender, llame a su coordinador de cuidados o al Departamento de Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder a preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también le puede brindar materiales en idiomas distintos al inglés, incluido el español, y en formatos tales como letra grande, sistema braille o audio.
- Para solicitar su idioma preferido distinto del inglés o un formato alternativo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
- Mantendremos un registro de las preferencias de idiomas y/o preferencias de formato de nuestros miembros y conservaremos esta información como una solicitud permanente para futuras comunicaciones y envíos por correo. Esto garantizará que nuestros miembros no tengan que realizar una solicitud independiente cada vez.
- Para cambiar una solicitud permanente, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5831, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.

Si desea solicitar sus materiales para nuevos miembros en otro idioma o formato, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Sus materiales para nuevos miembros incluyen:

- Manual del miembro
- Resumen de Beneficios
- Aviso Anual de Cambios
- Lista de Medicamentos Cubiertos
- Directorio de Proveedores y Farmacias
- Carta de bienvenida

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas de lenguaje o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- La Línea Directa del Consumidor de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

B. Nuestra responsabilidad de brindarle acceso oportuno a sus medicamentos y servicios cubiertos

La siguiente tabla le muestra cuánto tiempo puede tardar en recibir cuidado, de acuerdo con el tipo de cuidado que usted necesita.

Tipo de cuidado necesario	Cuánto tiempo usted puede tardar en recibir cuidado
Atención de emergencia (afecciones potencialmente mortales) Estos son servicios para tratar problemas médicos que usted considera tan graves que deben ser tratados inmediatamente por un médico.	Debe recibir atención de emergencia de inmediato. Llame al 911 o acuda al departamento de emergencias más cercano.
Atención de emergencia, Atención fuera de horario y Atención no de emergencia (incluidos los servicios médicos, de salud conductual y dentales) Cuidados que usted recibe por problemas de salud que no pueden esperar hasta su próxima consulta al Proveedor de atención primaria (PCP). Este cuidado es para problemas de salud que no son una amenaza para su vida.	En un centro de atención médica urgente, debe recibir atención lo antes posible. Cuando recibe atención, la rapidez puede depender de los médicos disponibles y de la gravedad de su afección.
Atención médica de rutina Consultas preventivas, como un examen físico, una consulta preventiva o inmunizaciones (vacunas)	Debe recibir atención dentro de los 30 días laborales. En el caso de los servicios que no sean de urgencia o emergencia, pero que usted siga necesitando la atención de su PCP, deberá recibirla en un plazo de 3 días calendario.
Servicios OB/GYN (Atención reproductiva para mujeres)	Si está embarazada o cree que podría estar embarazada, debe tener su primera consulta dentro de los 7 días calendario.

Tipo de cuidado necesario	Cuánto tiempo usted puede tardar en recibir cuidado
	Si está en su primer o segundo trimestre de embarazo, debe recibir atención de rutina dentro de los siguientes 14 días calendario. Si está en su tercer trimestre o tiene un embarazo de alto riesgo, debe recibir atención dentro de los 3 días calendario.
Atención de especialista (alto volumen)	Usted debe recibir atención por parte de un especialista dentro de 6 semanas.
Citas dentales	Debe recibir atención médica dentro de las 6 semanas para la atención médica de rutina.
Servicios médicos de salud conductual	En una emergencia que ponga en peligro la vida o en servicios requeridos urgentemente, debe recibir atención de inmediato. En el caso de una emergencia que no amenace la vida, debe recibir atención dentro de las 6 horas. Debe recibir atención de rutina dentro de los 10 días hábiles o 14 días calendario (lo que ocurra más pronto).
Servicios residenciales para pacientes hospitalizados de la American Society of Addiction Medicine (ASAM)	Para la detección inicial, la evaluación y la remisión al tratamiento, debe recibir atención dentro de las 48 horas.
Servicios intensivos para pacientes hospitalizados de la American Society of Addiction Medicine (ASAM)	Recibirá atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Usted tiene derechos como un miembro de nuestro plan.

- Tiene el derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre cuáles son los tipos de proveedores que pueden desempeñarse como un PCP y cómo elegir un PCP en el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro*.
 - Llame a su coordinador de cuidados o al Departamento de Servicios para Miembros o consulte el *Directorio de Proveedores y Farmacias* para obtener más información acerca de los proveedores de la red y qué médicos están aceptando pacientes nuevos.



- Tiene derecho a visitar un ginecólogo u otro especialista en salud de la mujer sin una derivación. Una remisión es la aprobación de su PCP para ver a un proveedor que no es su PCP.
- Usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red dentro de un periodo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas.
 - Si usted no puede obtener los servicios dentro de un periodo razonable, debemos pagarle la atención fuera de la red.
- Usted tiene derecho a obtener servicios o atención de emergencia que se requieran con urgencia sin autorización previa (Prior Approval, PA).
- Tiene derecho a adquirir sus medicamentos recetados en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.
- Tiene derecho a saber cuándo puede consultar a un proveedor fuera de la red. Para informarse acerca de los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro*.

En el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*, se le indica lo que usted puede hacer si cree que no está obteniendo sus servicios o medicamentos dentro de un periodo razonable. También se le indica lo que puede hacer si denegamos la cobertura de sus servicios o medicamentos, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información médica personal (PHI)

Protegemos su información médica protegida (Protected Health Information, PHI) como lo exigen las leyes federales y estatales.

Su PHI incluye la información personal que usted nos proporcionó cuando se inscribió en este plan. También incluye sus historias clínicas y otra información médica y de salud.

Usted tiene derechos en lo que respecta a su información y a controlar cómo se usa su PHI. Le entregamos un aviso escrito que describe estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su PHI. El aviso se llama “Aviso sobre Prácticas de Privacidad”.

C1. Cómo protegemos su PHI

Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada pueda leer ni cambiar sus registros.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no damos su PHI a nadie que no esté proporcionándole atención médica o pagando por ella. Si lo hacemos, debemos obtener primero un permiso por escrito de usted. Usted o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones por usted puede otorgar el permiso escrito.

A veces, no necesitamos obtener un permiso escrito con antelación de su parte. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley:

- Debemos divulgar PHI a agencias del Gobierno que están controlando la calidad de la atención médica que brindamos.
- Debemos divulgar PHI por orden de un tribunal.



- Debemos proporcionarle a Medicare su PHI, incluida información sobre sus medicamentos de Medicare Part D. Si Medicare divulga su PHI para fines de investigación u otros usos, esto se realiza de acuerdo con las leyes federales.

C2. Su derecho a ver sus historias clínicas

- Usted tiene derecho a examinar sus historias clínicas y a obtener una copia de estas.
- Usted tiene el derecho de pedirnos que actualicemos o corrijamos sus historias clínicas. Si nos solicita que hagamos esto, trabajamos junto con su proveedor de atención médica para decidir si deben realizarse cambios.
- Usted tiene derecho a saber si se divulgó su PHI a otras personas por cualquier motivo que no fuera de rutina y cómo se divulgó.

Si tiene preguntas o dudas sobre la privacidad de su PHI, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Su privacidad

Su privacidad es importante para nosotros. Respetamos y protegemos su privacidad. Molina usa y comparte su información para brindarle beneficios de salud. Molina desea mantenerlo informado sobre cómo se usa y se comparte su información.

PHI significa *información médica protegida*. La PHI incluye su nombre, número de miembro, raza, etnia, necesidades de idioma u otras cosas que lo identifican. Molina quiere que sepa cómo usamos o compartimos su PHI.

¿Por qué Molina usa o comparte la PHI de nuestros miembros?

- Para proveerle tratamiento.
- Para pagar la atención médica que usted recibe.
- Para revisar la calidad de la atención médica que usted recibe.
- Para informarle sobre sus opciones de atención médica.
- Para administrar nuestro plan médico.
- Para utilizar o compartir la PHI para otros fines, conforme lo requerido o permitido por la ley.

¿Cuándo necesita Molina su autorización (aprobación) por escrito para usar o compartir su PHI?

Molina necesita su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI para cualquier propósito que no se haya especificado anteriormente.

¿Cuáles son sus derechos de privacidad?

- Revisar su PHI.
- Obtener una copia de su PHI.
- Enmendar su PHI.
- Pedirnos que no usemos ni compartamos su PHI de ciertas maneras.
- Obtener una lista de personas o lugares con quienes hemos compartido su PHI.



¿Cómo protege Molina su PHI?

Molina utiliza varios métodos para proteger la PHI a través de nuestro plan médico. Esto incluye PHI en forma escrita, en forma oral o en computadoras. A continuación, se presentan algunas maneras en las que Molina protege su PHI:

- Molina cuenta con políticas y normas para proteger la PHI.
- Molina limita quién puede ver la PHI. Solamente el personal de Molina que necesite conocer la PHI puede utilizarla.
- Se capacita al personal de Molina para proteger y asegurar la PHI.
- El personal de Molina debe aceptar de manera escrita seguir las normas y políticas que protegen y aseguran la PHI.
- Molina asegura la PHI en nuestras computadoras. La PHI en nuestras computadoras se mantiene en privado mediante el uso de firewalls y contraseñas.

¿Qué debe hacer Molina según los requerimientos legales?

- Mantener en privado su PHI.
- Proporcionarle información por escrito, tal como el presente aviso, sobre nuestras obligaciones y prácticas de privacidad en relación con su PHI.
- Seguir los términos de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

¿Qué puede hacer si cree que sus derechos de privacidad no se han protegido?

- Llame o escriba a Molina y presente su queja.
- Presente su queja al Department of Health and Human Services.

No tomaremos ningún tipo de acción en su contra. Esto no afectará su atención médica en ninguna medida.

Lo que precede es solo un resumen. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad incluye más información sobre cómo utilizamos y compartimos la PHI de nuestros Miembros. Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad se envía por correo a los nuevos miembros cuando se inscriben en nuestro plan. Se encuentra en nuestro sitio web en www.MolinaHealthcare.com/Medicare. Usted también puede obtener una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad llamando al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

D. Nuestra responsabilidad de brindarle información

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a que le brindemos información sobre nuestro plan, nuestros proveedores de la red y los servicios cubiertos.

Si no habla inglés, ofrecemos servicios de intérprete para responder las preguntas que tenga acerca de nuestro plan. Para obtener un intérprete, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Este es un servicio gratuito para usted. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local para solicitar materiales

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo. También podemos proporcionarle información en formato de audio, en sistema braille o en letra grande.

Si desea información acerca de cualquiera de los siguientes puntos, llame al Departamento de Servicios para Miembros:

- Cómo elegir o cambiar planes
- Nuestro plan, que incluye:
 - Información financiera.
 - Cómo los miembros del plan nos han calificado.
 - El número de apelaciones hechas por los miembros.
 - Cómo abandonar nuestro plan.
- Nuestros proveedores y farmacias de la red, que incluye:
 - Cómo elegir proveedores de atención primaria o cambiarlos.
 - Calificaciones de nuestras farmacias y proveedores de la red.
 - Cómo les pagamos a los proveedores en nuestra red.
- Los servicios y medicamentos cubiertos, que incluye:
 - Servicios (consulte **los Capítulos 3 y 4** de este *Manual del Miembro*) y medicamentos (consulte **los Capítulos 5 y 6** de este *Manual del Miembro*) cubiertos por nuestro plan.
 - Límites para su cobertura y medicamentos.
 - Reglas que usted debe seguir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos.
- El motivo por el cual un servicio no tiene cobertura y lo que usted puede hacer al respecto (consulte el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*), lo que incluye solicitarnos que realicemos lo siguiente:
 - Poner por escrito el motivo por el cual algo no está cubierto.
 - Cambiar una decisión que hemos tomado.
 - Pagar una factura que usted recibió.

E. Incapacidad de los proveedores de la red de facturarle directamente

Los médicos, hospitales y otros proveedores de nuestra red no pueden ordenarle a usted que pague por los servicios cubiertos. Ellos tampoco pueden facturarle el saldo ni cobrarle si pagamos una cantidad menor de la que el proveedor cobró. Consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro* para saber qué hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle por servicios cubiertos.

F. Su derecho a dejar nuestro plan

Nadie puede obligarle a permanecer en nuestro plan si no lo desea.

- Tiene derecho a obtener la mayor parte de sus servicios de atención médica a través de Medicare Original u otro plan Medicare Advantage (MA).

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Usted puede obtener sus beneficios de medicamentos de Medicare Part D de un plan de medicamentos o de otro plan MA.
- Consulte el **Capítulo 10** de este *Manual del Miembro*:
 - Para obtener más información acerca de cuándo puede inscribirse a un nuevo plan MA o plan de beneficios de medicamentos.
 - Para obtener información sobre cómo obtendrá sus beneficios de Medicaid si abandona nuestro plan.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener información completa por parte de sus médicos y otros proveedores de atención médica para ayudarle a tomar decisiones con respecto a su atención médica.

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones

Sus proveedores deben explicarle su condición médica y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Conocer sus opciones.** Tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a conocer cualquier riesgo posible. Debemos informarle con antelación si cualquier servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Usted tiene el derecho de negarse a recibir tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Tiene el derecho a consultar a otro médico antes de tomar la decisión sobre el tratamiento.
- **Decir que no.** Tiene el derecho de rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no hacerlo. Tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento recetado, no le retiraremos de nuestro plan. Sin embargo, si rechaza el tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted asume toda la responsabilidad de lo que le suceda a usted.
- **Pedirnos que le expliquemos el motivo por el cual un proveedor le negó la atención médica.** Usted tiene derecho a recibir una explicación nuestra si un proveedor se negó a brindarle atención médica que usted considera que debería recibir.
- **Pedirnos que cubramos un servicio o medicamento que denegamos o que, por lo general, no cubrimos.** Esto se conoce como tomar una decisión de cobertura. En el **Capítulo 9** de su *Manual del Miembro*, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a decir lo que desea que ocurra si no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo

Algunas veces las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por sí mismas. Antes de que eso le ocurra, usted puede:

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Completar un formulario por escrito para otorgar **a otra persona el derecho de tomar decisiones de atención médica en su nombre** si en algún momento usted está incapacitado para tomar esas decisiones.
- **Entregar instrucciones escritas a sus médicos** acerca de cómo administrar su atención médica si usted no puede tomar esas decisiones, incluida la atención **que no** desea recibir.

El documento legal que usted utiliza para proporcionar sus instrucciones se denomina “directiva anticipada”. Existen tipos diferentes de directivas anticipadas y se usan diferentes nombres para cada una. Algunos ejemplos son un testamento y un poder notarial para atención médica.

No está obligado a tener una directiva anticipada, pero puede tenerla. Esto es lo que debe hacer si desea utilizar una directiva anticipada:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de su médico, de un abogado, de un trabajador social o de algunos comercios que venden insumos para oficinas. Las farmacias y las oficinas de los proveedores suelen tener los formularios. Puede encontrar un formulario en línea y descargarlo.
- **Llenar el formulario y firmarlo.** El formulario es un documento legal. Considere la posibilidad de que un abogado u otra persona de su confianza, como un familiar o su PCP, le ayuden a completarlo.
- **Entregar copias del formulario a las personas que necesitan saber.** Debe dar una copia del formulario a su médico. Debe entregar también una copia a la persona que nombra en el formulario para que tome las decisiones en su lugar en caso de que usted no pueda. Tal vez también desee entregar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en su hogar.
- Si usted va a ser hospitalizado y firmó una directiva anticipada, **lleve una copia de esta al hospital.**
 - En el hospital, le preguntarán si tiene formulario de directiva anticipada firmado y si lo lleva consigo.
 - Si no ha firmado un formulario de directiva anticipada, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Solicitar que su directiva anticipada se coloque en sus historias clínicas.
- Cambiar o cancelar su directiva anticipada en cualquier momento.
- www.dam.assets.ohio.gov/image/upload/medicaid.ohio.gov/Resources/Publications/Forms/ODM06723fillx.pdf

Por ley, nadie le puede negar atención médica ni discriminarle en función de si firmó o no una directiva anticipada. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

G3. Qué hacer si no se siguen sus instrucciones

Si ha firmado una directiva anticipada y considera que un médico u hospital no ha seguido las instrucciones en la misma, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de Ohio (Ohio



Department of Health), llamando al 1-800-342-0553 o enviando un correo electrónico a HCComplaints@odh.ohio.gov.

H. Su derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones

En el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*, se le indica lo que puede hacer si tiene algún problema o inquietud acerca de su atención médica o servicios cubiertos. Por ejemplo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja.

Usted tiene el derecho a obtener información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros del plan han presentado contra nosotros. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener esta información.

H1. Qué puede hacer si lo están tratando injustamente o si desea obtener más información sobre sus derechos

Si considera que lo tratamos injustamente, y que **no** se trata de discriminación debido a los motivos indicados en el **Capítulo 11** de este *Manual del Miembro* o desea obtener más información sobre sus derechos, puede llamar al:

- Departamento de Servicios para Miembros.
- El Programa OSHIIP, al 1-800-686-1578. Para obtener más detalles acerca del OSHIIP, consulte el **Capítulo 2**.
- La Línea Directa del Consumidor de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.
- Puede comunicarse con el Mediador de MyCare Ohio en la Oficina de Atención a Largo Plazo del Estado al 1-800-282-1206, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más detalles sobre este programa, consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro*.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar sus “Derechos y protecciones de Medicare” en www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf).

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer las cosas que se detallan a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

- **Leer el *Manual del Miembro*** para conocer qué cubre su plan y las reglas que debe seguir para recibir servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener detalles acerca de:
 - Servicios cubiertos, consultar los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual del Miembro*. Esos capítulos le indican lo que tiene cobertura, lo que no tiene cobertura, las reglas que debe seguir y lo que usted paga.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Medicamentos cubiertos, consultar los **Capítulos 5 y 6** de este *Manual del Miembro*.
- **Informarnos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos** que usted tenga. Debemos asegurarnos de que usted utiliza todas sus opciones de cobertura cuando recibe atención médica. Llamar al Departamento de Servicios para Miembros si tiene otra cobertura.
- **Informar a su médico y a otros proveedores de atención médica** que usted es miembro de nuestro plan. Exhibir su tarjeta de identificación del miembro, siempre que reciba servicios o medicamentos.
- **Ayudar a sus médicos** y a otros proveedores de atención médica a que le brinden el mejor cuidado.
 - Proporcionarles la información que necesitan acerca de usted y su salud. Aprender tanto como pueda acerca de sus problemas de salud. Seguir las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus proveedores hayan acordado.
 - Asegurarse de que sus médicos y otros proveedores tengan información acerca de todos los medicamentos que usted toma. Esto incluye medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Hacer las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda entender. Si formula una pregunta y no entiende la respuesta, vuelva a preguntar.
 - Llame a su médico con 24 horas de anticipación en caso de que vaya a llegar tarde o de no poder asistir a su cita.
 - Llame a Molina Healthcare dentro de las 24 horas posteriores a una consulta en el departamento de emergencias o a una estadía inesperada en el hospital.
 - Si es admitido en un hospital, programe una visita al consultorio con su médico. Programe la visita dentro de los 30 días posteriores a su salida del hospital. Si le dan un resumen del alta cuando salga del hospital, llévelo a su visita al consultorio.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos los miembros respeten los derechos de los demás. También esperamos que usted actúe con respeto en la oficina de su médico, hospitales y en los consultorios de otros proveedores.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Primas de Medicare Part A y Medicare Part B. Para la mayoría de los miembros de Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP), Medicaid paga su prima de Medicare Part A y su prima de Medicare Part B. **Si obtiene algún servicio o medicamento que no esté cubierto por nuestro plan, debe pagar el costo total.** (Nota: si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar la cobertura por un servicio o medicamento, usted puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** para saber cómo presentar una apelación).
- **Infórmenos si se muda.** Si planea mudarse, infórmenos de inmediato. Llame a su coordinador de cuidados o al Departamento de Servicios para Miembros.
 - **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.** Únicamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. En el **Capítulo 1** de este *Manual del Miembro*, se le informa sobre nuestra área de servicio.

- Podemos ayudarle a determinar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Durante el periodo de inscripción especial, puede cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de medicamentos o plan médico de Medicare en su nueva dirección. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
- Informar a Medicare y Medicaid su nueva dirección cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* para obtener los números de teléfono de Medicare y Medicaid.
- **Si se muda y se queda dentro de nuestra área de servicio, aun así necesitamos saberlo.** Necesitamos mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda, comuníquese al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).**
- **Llamar a su coordinador de cuidados o al Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta o duda.**
 - Informe a Molina Healthcare si desea cambiar de PCP. Molina Healthcare se asegurará que el PCP que usted elija esté dentro de nuestra red y que acepte a pacientes nuevos.
 - Notificar a Molina Healthcare y a su Trabajador de Casos del Condado si cambia su nombre, dirección o número telefónico. Avisarnos si hubo algún cambio que pudiera afectar su elegibilidad para Medicaid.
 - Hacer preguntas si no comprende sus beneficios.
 - Denunciar cualquier fraude o delito ante Molina Healthcare o ante las autoridades pertinentes.

I1. Programa de recuperación del patrimonio

Si está internado en una institución de forma permanente o tiene 55 años o más cuando reciba los beneficios de Medicaid, el Programa de Recuperación de Patrimonio puede cobrar pagos desde su patrimonio por el costo de su cuidado pagado por el Departamento de Medicaid de Ohio. El costo de su atención puede incluir el pago de capitación que el Departamento de Medicaid de Ohio abona a su plan de atención administrada, incluso si el pago es superior al costo de los servicios que usted recibió. La recuperación del patrimonio ocurre después de su fallecimiento.

Puede comunicarse con la Unidad de Recuperación de Patrimonio de Medicaid de la Oficina del Fiscal General por correo o por teléfono en:

Medicaid Estate Recovery Unit

30 E. Broad Street, 14th Floor

Columbus, Ohio 43215

(614) 779-0105

También se puede comunicar con la línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 para obtener más información.

Capítulo 9: ¿Qué hacer si tiene algún problema o queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Introducción

Este capítulo contiene información acerca de sus derechos. Lea este capítulo para determinar qué hacer en los siguientes casos:

- Si tiene un problema o queja acerca de su plan.
- Si necesita un servicio, artículo o medicamento por el que su plan indicó que no pagará.
- Si usted no está de acuerdo con una decisión que su plan tomó acerca de su atención médica.
- Si considera que sus servicios cubiertos se terminan demasiado pronto.

Este capítulo se divide en diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente lo que está buscando. **Si tiene algún problema o duda, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación.**

Índice

A. Qué hacer si tiene algún problema o inquietud	171
A1. Con respecto a los términos legales	171
B. Dónde obtener ayuda	171
B1. Para obtener más información y asistencia	171
C. Comprender las quejas de Medicare y Medicaid, y las apelaciones en nuestro plan	172
D. Problemas relacionados con sus beneficios	172
E. Decisiones de cobertura y apelaciones	173
E1. Decisiones de cobertura	173
E2. Apelaciones	173
E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones	174
E4. ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarlo?	174
F. Atención médica	175
F1. Cómo utilizar esta sección	175
F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura	176
F3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	178
F4. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	182
F5. Problemas de pago	185
G. Medicamentos de Medicare Part D	186
G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de Medicare Part D	186
G2. Excepciones de Medicare Part D	187
G3. Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar una excepción	189
G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción	190
G5. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	192
G6. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	193
H. Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización por más tiempo	195
H1. Información acerca de sus derechos de Medicare	195
H2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	196
H3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	198
I. Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos	199
I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura	199
I2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	199
I3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	201

J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2	202
J1. Próximos pasos que debe seguir para artículos y servicios de Medicare	202
J2. Apelaciones adicionales de Medicaid	203
J3. Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para las solicitudes de medicamentos de Medicare Part D	204
K. Cómo presentar una queja	205
K1. Qué tipo de problemas deben ser considerados como quejas	205
K2. Quejas internas	206
K3. Quejas externas	207

A. Qué hacer si tiene algún problema o inquietud

En este capítulo, se explica cómo manejar problemas e inquietudes. El proceso que utilice depende del tipo de problema que tenga. Use un proceso para las **decisiones de cobertura y apelaciones** y otro para **presentar quejas** (también denominados reclamos).

Para garantizar un trato justo y rápido, cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

A1. Con respecto a los términos legales

En este capítulo, se incluyen términos legales para algunas normas y plazos. Muchos de estos términos pueden ser difíciles de entender, de modo que, cuando podemos, usamos palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales. Utilizamos la menor cantidad posible de abreviaturas.

Por ejemplo, decimos:

- “Presentar una queja” en lugar de “presentar un reclamo”.
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación de riesgos” o “determinación de cobertura”.
- “Decisión rápida sobre la cobertura” en lugar de “determinación acelerada”.
- “Organización de Revisión Independiente” (Independent Review Organization, IRO) en lugar de “Entidad de Revisión Independiente” (Independent Review Entity, IRE).

Conocer los términos legales apropiados puede ayudarle a comunicarse más claramente, por lo cual los ofrecemos también.

B. Dónde obtener ayuda

B1. Para obtener más información y asistencia

A veces, el inicio o seguimiento de un proceso para abordar un problema es confuso. Esto es particularmente cierto si usted no se siente bien o sus energías son limitadas. En otras oportunidades, puede ser que usted no tenga la información que necesita para continuar con el siguiente paso.

Ayuda del Ohio Senior Health Insurance Information Program (OSHIIP)

Puede llamar al OSHIIP. Los asesores del OSHIIP pueden responder a sus preguntas y ayudarle a comprender lo que debe hacer con respecto a su problema. El OSHIIP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan médico. El OSHIIP tiene asesores capacitados en cada condado y los servicios son gratuitos. El número de teléfono de OSHIIP es 1-800-686-1578.

Ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y asistencia, puede comunicarse con Medicare. Existen dos maneras de obtener ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Ayuda e información del Departamento de Medicaid de Ohio

Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, comuníquese con la Línea directa de Ohio Medicaid, Centro de Servicio al Cliente al 1-800-324-8680: De lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m. y sábados de 8 a.m. a 5 p.m., hora del este.

Ayuda e información del Mediador de MyCare Ohio

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con el Mediador de MyCare Ohio llamando al 1-800-266-4346, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para TTY, use Relay Ohio: Marque 711 y 614-466-5500 para información general.

C. Comprender las quejas de Medicare y Medicaid, y las apelaciones en nuestro plan

Si tiene Medicare y Medicaid. La información en este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y Medicaid. Esto a veces se denomina “proceso integrado” porque combina, o integra, los procesos de Medicare y Medicaid.

A veces, los procesos de Medicare y Medicaid no se pueden combinar. En esas situaciones, usted utiliza un proceso para un beneficio de Medicare y otro para un beneficio de Medicaid. En la **Sección F4**, se explican estas situaciones.

D. Problemas relacionados con sus beneficios

Si tiene algún problema o duda, lea las partes de este capítulo que se aplican a su situación. El siguiente cuadro le ayudará a identificar la parte correcta de este capítulo que trata sobre problemas o quejas.

¿Su problema o duda están relacionados con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas para saber si la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos de la Parte B) tiene cobertura o no, la forma de su cobertura y problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Mi problema está relacionado con beneficios o cobertura.

Consulte la **Sección E**: “Decisiones de cobertura y apelaciones”.

No.

Mi problema no está relacionado con beneficios o cobertura.

Consulte la **Sección K**: “Cómo presentar una queja”.

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

En el proceso para solicitar decisiones de cobertura y hacer apelaciones se encuentran problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura de atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluidos los pagos). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B como **atención médica**.

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre la suma que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, si el proveedor de la red de su plan lo deriva a un especialista médico fuera de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su proveedor de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de rechazo estándar para este especialista médico o el servicio derivado nunca está cubierto en ninguna circunstancia (consulte el **Capítulo 4, Sección H** de este *Manual del Miembro*).

Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Es posible que usted o su médico no estén seguros de si cubrimos un servicio médico específico o si podemos negarnos a brindarle la atención médica que cree que necesita. **Si necesita saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos una decisión de cobertura para su caso.**

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué servicios están cubiertos para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que ya no se encuentra cubierto para usted por Medicare o Medicaid. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

E2. Apelaciones

En caso de no estar de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

El proceso de apelar una decisión por primera vez se denomina Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar que seguimos todas las normas correctamente. Otros revisores, que no son los que tomaron la decisión desfavorable original, se encargan de su apelación.

Cuando completamos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que se explican más adelante en este capítulo, usted puede solicitar una “decisión rápida sobre la cobertura” o acelerada, o bien una “apelación rápida” de una decisión de cobertura.

Si nuestra respuesta es **negativa** a parte o a todo lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de la atención médica de Medicare, se le indicará en la carta que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO) para una Apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare Part D o Medicaid, se le indicará en la carta cómo presentar una Apelación de Nivel 2 por su



cuenta. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, la carta le brindará información sobre ambos tipos de Apelaciones de Nivel 2.

Si usted no está de acuerdo con la decisión de la Apelación de Nivel 2, podrá recurrir a niveles adicionales de apelación.

E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y apelaciones

Puede solicitar ayuda a cualquiera de las siguientes opciones:

- **Departamento de Servicios para Miembros** a los números que figuran al final de la página.
- Ohio Senior Health Insurance Information Program (Programa de Información de Seguro Médico para Personas Mayores de Ohio [OSHIIIP]) al (800) 686-1578 (TTY 711) de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 5 p.m. hora del este.
- **Su médico u otro proveedor.** Su médico u otro proveedor puede solicitar una apelación o decisión de cobertura en su nombre.
- **Un amigo o familiar.** Puede nombrar a otra persona para que actúe como su “representante” y solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
- **Un abogado.** Usted tiene derecho a un abogado, pero **no necesita tener uno** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Contrate a su propio abogado o solicite uno en la asociación local de abogados u otro servicio de remisión. Algunos grupos legales le brindarán servicios legales gratuitos si califica.
 - Además de la apelación del miembro, los proveedores también pueden apelar a la organización de revisión médica externa de ODM accediendo al formulario “Solicitud de revisión externa de Ohio Medicaid MCE” ubicado en www.gainwelltechnologies.com/permedion/ (bajo “Ohio Managed Care Entity External Medical Review”) y enviarlo a la entidad EMR junto con la documentación de respaldo requerida. Los proveedores deben cargar el formulario de solicitud y toda la documentación de respaldo en el portal de proveedores de la entidad EMR ubicado en ecenter.hmsy.com (los nuevos usuarios enviarán su documentación a través de un correo electrónico seguro a IMR@gainwelltechnologies.com para establecer el acceso al portal)

Si desea que un abogado o alguien más lo represente, deberá llenar el formulario para Nombramiento de Representante. Mediante el formulario, le otorga permiso a alguien para actuar en su nombre.

Llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que se encuentran en la parte inferior de la página y solicite el formulario para “Nombramiento de Representante”. También puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web MolinaHealthcare.com/Medicare. **Deberá darnos una copia del formulario firmado.**

E4. ¿Qué sección de este capítulo puede ayudarlo?

Existen cuatro situaciones que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene plazos y reglas diferentes. Le damos los detalles de cada una en una sección diferente de este capítulo. Consulte la sección que corresponda:

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- **Sección F:** “Atención médica”
- **Sección G:** “Medicamentos de Medicare Part D”
- **Sección H:** “Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización por más tiempo”
- **Sección I:** “Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos”. (Esta sección se aplica solo a los siguientes servicios: servicios de atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada y Centro de Rehabilitación Integral Ambulatoria [CORF]).

Si no está seguro acerca de qué sección debe utilizar, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página.

Si necesita otro tipo de ayuda o información, llame al Mediador de MyCare Ohio al 1-800-282-1206 (Servicio de Retransmisión de Ohio, TTY: 1-800-750-0750 o 711).

F. Atención médica

En esta sección se explica qué hacer si tiene algún problema para obtener la cobertura de atención médica o si usted debe solicitar un reintegro por nuestra parte del costo de su atención.

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención médica que se describen en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro* en la tabla de beneficios. En algunos casos, pueden aplicarse diferentes normas a un medicamento de Medicare Part B. En esos casos, explicamos en qué se diferencian las normas para los medicamentos de Medicare Part B de las normas para los artículos y los servicios médicos.

F1. Cómo utilizar esta sección

En esta sección, se explica qué puede hacer si usted se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. Cree que cubrimos la atención médica que necesita, pero no la está recibiendo.

Lo que puede hacer: Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**.

2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desea brindarle, y usted cree que deberíamos hacerlo.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

3. Usted recibió atención médica que cree que cubrimos, pero no la pagamos.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

4. Recibió y pagó por atención médica que creía que estaba cubierta y desea solicitar que le demos un reembolso.

Lo que puede hacer: Puede pedirnos que le rembolsemos el dinero. Consulte la **Sección F5**.

5. Redujimos o interrumpimos su cobertura para cierta atención médica, y usted cree que nuestra decisión podría dañar su salud.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir la atención médica. Consulte la **Sección F4**

- Se aplican normas especiales si la cobertura es por atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF). Consulte la **Sección H** o la **Sección I** para obtener más información.
- Para todas las demás situaciones que implican reducir o detener su cobertura de cierta atención médica, consulte esta sección (**Sección F**) como guía.

F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura

Cuando una decisión de cobertura afecta su atención médica, se llama **determinación de organización integrada**.

Para solicitar una decisión de cobertura, usted, su médico o su representante pueden comunicarse de la siguiente manera:

- Llame al: (855) 665-4623 TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
- Envíe un fax: Fax para pacientes internados: (844) 834-2152, Fax de pacientes ambulatorios: (844) 251-1451.
- Escriba a: Molina Dual Options MyCare Ohio, Attention: Utilization Management, P.O. Box 349020, Columbus, OH 43234-9020.

Decisión de cobertura estándar

Cuando le informamos nuestra decisión, aplicamos las fechas límite “estándares”, a menos que aceptemos aplicar las fechas límite “rápidas”. Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta:

- **Dentro de los 7 días calendario** después de recibir su solicitud **de un servicio médico o artículo sujeto a nuestras reglas de autorización previa**.
- **Dentro de los 10 días calendario** después de recibir su solicitud para todos los demás servicios o artículos médicos **que no requieren autorización previa**.
- **Dentro de las 48 horas** después de recibir su solicitud **de un medicamento de Medicare Part B**.

En el caso de un elemento o servicio médico, nos podemos extender hasta 14 días calendario más si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que lo pueda beneficiar (como las historias clínicas de proveedores fuera de la red). Si nos tomamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. **No podemos tomarnos más días adicionales si su solicitud es sobre un medicamento de Medicare Part B.**

Si considera que **no** debemos tomarnos más días, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. El proceso para presentar una queja es diferente del proceso que se utiliza para decisiones de cobertura y apelaciones. Si desea obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Decisión rápida sobre la cobertura

El término legal para “decisión rápida sobre la cobertura” es “**determinación acelerada**”.

Cuando nos solicite que tomemos una decisión de cobertura sobre su atención médica y su salud requiere una respuesta rápida, solicitenos que tomemos una “decisión rápida sobre la cobertura”. Una decisión rápida sobre la cobertura significa que le damos una respuesta:

- **Dentro de las 48 horas** después de recibir su solicitud **de un artículo o servicio médico**.
- **Dentro de las 24 horas** después de recibir su solicitud **de un medicamento de Medicare Part B**.

En el caso de un elemento o servicio médico, nos podemos extender hasta 14 días calendario más si descubrimos que falta información (como historias clínicas elaboradas por proveedores fuera de la red) que lo podría beneficiar o si usted necesita tiempo para brindarnos información para la revisión. Si nos tomamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. **No podemos tardar más tiempo si su solicitud es sobre un medicamento de Medicare Part B.**

Si considera que **no debemos** extender el plazo para tomar una decisión de cobertura, puede presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de extender el plazo. Para más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**. Le llamaremos tan pronto tomemos la decisión.

Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, usted debe cumplir con dos requisitos:

- Debe solicitar cobertura para artículos o servicios médicos **que no recibió**. No puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura con respecto al pago de artículos o servicios que ya recibió.
- Usar las fechas límite estándares **puede causar graves daños a su salud** o dañar su capacidad de funcionar.

Le brindaremos automáticamente una decisión rápida sobre la cobertura si su médico nos informa que su estado de salud lo requiere. Si usted solicita una decisión rápida sobre la cobertura sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si la recibe.

- Si determinamos que su afección médica no reúne los requisitos para solicitar una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta para informarle nuestra determinación y, en su lugar, aplicaremos los plazos estándar. En la carta, se le indica lo siguiente:
 - Si su médico la solicita, le brindamos una decisión rápida sobre la cobertura automáticamente.

- Cómo puede presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión rápida sobre la cobertura. Si desea obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si rechazamos su solicitud de forma total o parcial, le enviaremos una carta en la que se expliquen los motivos.

- Si contestamos **negativamente**, tiene derecho a presentar una apelación. Si cree que cometimos un error, presente una apelación para solicitarnos de manera formal que revisemos nuestra decisión y la modifiquemos.
- Si decide presentar una apelación, eso significa que ingresará al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la **Sección F3**).

En circunstancias limitadas, podemos rechazar su solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no la revisaremos. Los siguientes son algunos ejemplos de casos en que se descarta una solicitud:

- Si la solicitud está incompleta.
- Si alguien realiza la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o
- Si solicita que se retire su solicitud.

Si desestimamos una solicitud para una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué se desestimó la solicitud y cómo se puede solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión recibe el nombre de “apelación”. Las apelaciones se analizan en la siguiente sección.

F3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Llámenos al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, o escríbanos a la siguiente dirección:

Molina Dual Options MyCare Ohio

Attention: Grievance and Appeals Dept.

P.O. Box 22816

Long Beach, CA 90801-9977

En línea: Medicare.AppealsandGrievances@MolinaHealthCare.com

Usted también puede solicitar una apelación llamándonos al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.

Solicite una apelación estándar o una apelación rápida por escrito o llámenos al (855) 665-4623.

- Si su médico u otro recetador solicita que se continúe un servicio o artículo que ya recibe durante su apelación, es posible que deba nombrarlo su representante para que actúe en su nombre.



- Incluya un formulario de Nombramiento de representante que autorice a esta persona a representarlo. Puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMSForms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en <https://www.molinahealthcare.com/members/oh/enus/mem/mycare/duals/resources/info/forms.aspx>.
- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o realizar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación:
 - Desestimamos su solicitud, y
 - le enviamos un aviso escrito en el que se expliquen sus derechos de solicitar a la Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO) que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- Debe solicitar una apelación dentro de los 65 días calendario desde la fecha que aparece en la carta que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión.
- Si usted no cumple la fecha límite y tiene una justificación para no haberla cumplido, le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de buenas razones son las siguientes: padece una enfermedad grave o le dimos información errónea sobre la fecha límite. Explique el motivo de la demora cuando presente su apelación.
- Usted tiene derecho a solicitar una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico pueden darnos más información para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

El término legal para “apelación rápida” es “**reconsideración acelerada**”.

- Si presenta una apelación por una decisión que tomamos con respecto a una cobertura de atención, usted o su médico deciden si necesita una apelación rápida.

Le brindaremos automáticamente una apelación rápida si su médico nos informa que su estado de salud lo requiere. Si usted solicita una apelación rápida sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si la recibe.

- Si determinamos que su afección médica no reúne los requisitos para solicitar una apelación rápida, le enviaremos una carta para informarle nuestra determinación y, en su lugar, aplicaremos los plazos estándar. En la carta, se le indica lo siguiente:
 - Si su médico la solicita, le brindamos una apelación rápida automáticamente.
 - Cómo puede presentar una “queja rápida” por nuestra decisión de otorgarle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Si desea obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si le comunicamos que detendremos o reduciremos servicios o artículos que ya recibe, es posible que pueda mantener esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o dejar de brindar cobertura para un servicio o artículo que recibe, le enviaremos un aviso antes de tomar las medidas.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una Apelación de Nivel 1.
- Continuaremos cubriendo el servicio o artículo si solicita una Apelación de Nivel 1 dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha de nuestra carta o antes de la fecha de vigencia prevista de la acción, lo que ocurra más tarde.
 - Si cumple con esta fecha límite, podrá recibir el servicio o artículo sin cambios mientras esté pendiente su Apelación de Nivel 1.
 - También podrá seguir recibiendo todos los otros servicios o artículos (que no son objeto de su apelación) sin cambios.
 - Si no apela antes de estas fechas, su servicio o artículo no continuará mientras espera la decisión de su apelación.

Consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a revisar detalladamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica.
- Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Reunimos más información si la necesitamos. Es probable que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Existen fechas límite para una apelación rápida.

- Cuando utilizamos las fechas límite rápidas, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas de recibir su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
- Si solicita una extensión o si necesitamos más información que le puede beneficiar, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico.
 - Si necesitamos extender el plazo para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
 - Si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B, no podemos tomarnos tiempo adicional para tomar la decisión.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, o al final de los días adicionales que nos tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO lo revisa. Más adelante en este capítulo, incluimos más información sobre esta organización y explicamos el Nivel 2 del proceso de apelaciones. Si su problema se refiere a la cobertura de un servicio o artículo Medicaid, usted mismo puede solicitar una Audiencia Imparcial de Nivel 2 al estado en cuanto se vence el plazo. En Ohio, una Audiencia Imparcial se llama Audiencia estatal.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a toda su solicitud o parte de ella**, debemos autorizar o proveer la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a toda su solicitud o parte de ella**, le enviamos su apelación a la IRO para una Apelación de Nivel 2.



Existen fechas límite para una apelación estándar.

- Cuando utilizamos las fechas límite estándares, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** después de recibir su apelación por la cobertura de servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B que no recibió, le damos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación o antes si su estado de salud lo requiere.
- Si solicita una extensión o si necesitamos más información que le puede beneficiar, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico.
 - Si necesitamos extender el plazo para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
 - Si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B, no podemos tomarnos tiempo adicional para tomar la decisión.
 - Si considera que **no debemos** tomarnos más días, puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. Si desea obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.
 - Si no le damos una respuesta antes del plazo límite, o al final de los días adicionales que nos tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego, una IRO lo revisa. Más adelante en este capítulo, incluimos más información sobre esta organización y explicamos el Nivel 2 del proceso de apelaciones. Si su problema se refiere a la cobertura de un servicio o artículo Medicaid, usted mismo puede solicitar una Audiencia Imparcial de Nivel 2 al estado en cuanto se vence el plazo. En Ohio, una Audiencia Imparcial se llama Audiencia estatal. Puede solicitar una Audiencia imparcial estatal comunicándose con 866-635-3748, secure.jfs.ohio.gov/ols/RequestHearing/, hearings.jfs.ohio.gov/apps/SHARE/#_frmHomeScreen.

Si nuestra respuesta es afirmativa a toda su solicitud o parte de ella, debemos autorizar o proveer la cobertura que acordamos dentro de los 30 días calendario, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B, después de recibir su apelación.

Si la respuesta es **negativa** a toda su solicitud o parte de ella, **tiene derechos adicionales de apelación**:

- Si nuestra respuesta es **negativa** a todo lo que usted solicitó o parte de ello, le enviaremos una carta.
- Si su problema es sobre la cobertura de un artículo o servicio de Medicare, se le indicará en la carta que enviamos su caso a la IRO para una Apelación de Nivel 2.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o elemento de Medicaid, se le indicará en la carta cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo.



F4. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si la respuesta es **negativa** a toda su Apelación de Nivel 1 o parte de ella, le enviaremos una carta. En esta carta, se le indicará si Medicare, Medicaid, o ambos programas, suelen cubrir el servicio o artículo.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo que, en general, es cubierto por Medicare, enviamos de manera automática su caso al Nivel 2 del proceso de apelaciones tan pronto como finalice la Apelación de Nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que, en general, es cubierto por Medicaid, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. En esta carta, se le indicará cómo hacerlo. Asimismo, incluimos más información después en este capítulo.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que puede estar cubierto por **Medicare y Medicaid**, recibirá de manera automática una Apelación de Nivel 2 ante la IRO. También puede solicitar una audiencia imparcial con el estado.

Si fue aprobado para la continuación de los beneficios cuando presentó su Apelación de Nivel 1, sus beneficios para el servicio, artículos o medicamentos en la apelación pueden también continuar durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre la continuación de sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema es sobre un servicio que, por lo general, está cubierto solo por Medicare, sus beneficios para ese servicio no continúan durante el proceso de apelaciones del Nivel 2 ante la IRO.
- Si su problema es sobre un servicio que, por lo general, solo está cubierto por la Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE), sus beneficios por ese servicio continúan si presenta una Apelación de Nivel 2 dentro de los 10 días calendario después de recibir la carta con la decisión.

Cuando su problema se trata de un servicio o artículo que Medicare suele cubrir

La IRO revisa su apelación. Esta es una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” (Independent Review Entity, IRO) es “**Entidad de Revisión Independiente**” y, a veces, se le conoce como “**IRE**” (Independent Review Entity).

- Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Medicare eligió a la compañía para que fuera la IRO y Medicare supervisa su trabajo.
- Enviamos información sobre su apelación (su “expediente del caso”) a esta organización. Usted tiene derecho a solicitar una copia gratuita de su expediente del caso.
- Tiene derecho a dar información adicional a la IRO para respaldar su apelación.
- Los revisores de la IRO analizan detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.



- Si nos presentó una apelación rápida en el Nivel 1, tendrá de manera automática una apelación rápida en el Nivel 2. La IRO debe darle una respuesta a su Apelación del Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a recibir su apelación.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la IRO necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La IRO no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B.

Si usted presentó una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2

- Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, tendrá de manera automática una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico, la IRO debe darle una respuesta a su Apelación del Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es por un medicamento de Medicare Part B, la IRO debe darle una respuesta a su Apelación del Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** a partir de la recepción de su apelación.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la IRO necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La IRO se toma tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de Medicare Part B.

La IRO le informa su decisión por escrito junto con las razones que la justifican.

- **Si la IRO da una respuesta afirmativa a toda una solicitud o parte de ella sobre un artículo o servicio médico**, debemos:
 - autorizar la cobertura de atención médica **dentro de las 72 horas**;
 - proporcionar el servicio dentro de los **14 días calendario** después de recibir la decisión de la IRO en caso de **solicitudes estándares**; o
 - proporcionar el servicio **dentro de las 72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRO en caso de **solicitudes aceleradas**.
- **Si la respuesta de la IRO es afirmativa a toda su solicitud o parte de ella sobre un medicamento de Medicare Part B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de Medicare Part B en los siguientes periodos:
 - **dentro de las 72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRO en caso de **solicitudes estándares**, o
 - **dentro de las 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la IRO en caso de **solicitudes aceleradas**.
- **Si la respuesta de la IRO es negativa a su apelación o parte de ella**, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica. Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.
 - Si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea continuar con su apelación.
 - Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2; es decir, un total de cinco niveles.

- Si su Apelación de Nivel 2 es rechazada y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea continuar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. En el aviso escrito que recibe después de su Apelación de Nivel 2, se incluyen los detalles sobre cómo proceder en este caso.
- Un Juez de Derecho Administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o abogado mediador se encarga de una Apelación de Nivel 3. Consulte la **Sección J** si desea obtener más información sobre las Apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Cuando su problema se trata de un servicio o artículo que Medicaid suele cubrir, o que está cubierto por Medicare y Medicaid

Una Apelación de Nivel 2 para servicios que la Entidad de revisión independiente (IRE) suele cubrir es una Audiencia imparcial con el estado. En la Entidad de revisión independiente (IRE), una Audiencia Imparcial se llama Audiencia estatal. Debe solicitar una Audiencia imparcial por escrito o por teléfono dentro **de los 90 días calendario** de la fecha en que enviamos la carta con nuestra decisión sobre su apelación de Nivel 1. La carta que reciba de nosotros le dirá dónde presentar su solicitud de Audiencia imparcial.

NOTA: si quiere que alguien actúe en su nombre, incluso su médico u otro proveedor, debe darle a la Oficina de Audiencias Estatales un aviso escrito diciéndole que desea que esa persona sea su representante autorizado.

- Puede firmar y enviar el formulario de Audiencia Estatal a la dirección o al número de fax que aparece en el formulario o presentar su solicitud por correo electrónico a bsh@jfs.ohio.gov. También puede llamar a la Oficina de Audiencias Estatales al 1-866-635-3748.

La oficina de Audiencia Imparcial le informará su decisión por escrito junto con las razones que la justifican.

- Si la respuesta de la oficina de Audiencia Imparcial es **afirmativa** a toda la solicitud o parte de ella por un artículo o servicio médico, debemos autorizar o proporcionar el servicio o artículo **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión.
- Si la respuesta de la oficina de Audiencia Imparcial es **negativa** a su apelación o parte de ella, significa que están de acuerdo en que no debemos aprobar su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica. Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la decisión de la IRO o de la oficina de Audiencias imparciales es **negativa** a su solicitud o parte de ella, usted tiene derechos de apelaciones adicionales.

Si su Apelación de Nivel 2 se envió a la **IRO**, usted puede apelar otra vez solo si el valor en dólares del servicio o artículo que desea cumple con una suma mínima determinada. Un ALJ o abogado mediador maneja una Apelación de Nivel 3. **La carta que usted recibe de la IRO le explica los derechos adicionales de apelación que usted puede tener.**

En la carta que recibe de la oficina de Audiencia Imparcial, se describe la siguiente opción de apelación.

Consulte la **Sección J** si desea obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2.



Además de la apelación del miembro, los proveedores también pueden apelar a la organización de revisión médica externa de ODM accediendo al formulario “Solicitud de revisión externa de Ohio Medicaid MCE” ubicado en www.gainwelltechnologies.com/permedion/ (bajo “Ohio Managed Care Entity External Medical Review”) y enviarlo a la entidad EMR junto con la documentación de respaldo requerida. Los proveedores deben cargar el formulario de solicitud y toda la documentación de respaldo en el portal de proveedores de la entidad EMR ubicado en ecenter.hmsy.com/ (los nuevos usuarios enviarán su documentación a través de un correo electrónico seguro a IMR@gainwelltechnologies.com para establecer el acceso al portal)

F5. Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen a usted por los servicios o artículos cubiertos. Esto es así incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio o artículo cubierto. Nunca deberá pagar el saldo de una factura.

Si recibe una factura que excede su copago por artículos y servicios cubiertos, envíenos la factura. No pague la factura por su cuenta. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos haremos cargo del problema. Si usted paga la factura, podrá obtener un reembolso de parte de nuestro plan si cumplió las normas para obtener artículos o servicios.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*. Describe las situaciones en las que podría tener que solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió de un proveedor. También le informa cómo nos debe enviar la documentación en la que solicita que le paguemos.

Si solicita que le reembolsemos, está solicitando una decisión de cobertura. Revisaremos si el servicio o artículo que pagó corresponde a un servicio o artículo cubierto y si cumplió con todas las normas para utilizar su cobertura.

- Si los artículos y servicios que pagó están cubiertos y cumplió con todas las normas, le enviaremos a su proveedor el pago por el artículo o servicio en un plazo de 30 días calendario, en general, pero no más de 60 días calendario después de haber recibido su solicitud. Luego, su proveedor le enviará el pago.
- Si aún no ha pagado por el servicio o artículo, enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. Cuando enviamos el pago, es lo mismo que responder **afirmativamente** a su solicitud por una decisión de cobertura.
- Si los artículos y servicios no están cubiertos, o usted no cumplió todas las normas, le enviaremos una carta para informarle que no pagaremos por el servicio o artículo y le explicaremos el motivo.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **podrá presentar una apelación**. Siga el proceso de apelaciones que se describe en la **Sección F3**. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para un reembolso, debemos enviarle nuestra respuesta en un plazo de 30 días calendario después de recibir su apelación.



Si nuestra respuesta a su apelación es **negativa** y **Medicare**, por lo general, cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la IRO. Le informaremos por carta si esto sucede.

- Si la IRO revierte nuestra decisión y dice que le debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor dentro de los siguientes 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es **afirmativa** en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de atención médica en un plazo de 60 días calendario.
- Si la respuesta de la IRO a su apelación es **negativa**, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”. Recibirá una carta en la que se le explicarán los derechos adicionales de apelación que puede tener. Consulte la **Sección J** si desea obtener más información acerca de los niveles adicionales de apelación.

Si nuestra respuesta a su apelación es **negativa** y Medicaid, por lo general, cubre el servicio o artículo, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. Consulte la **Sección F4** si desea obtener más información. Puede solicitar la audiencia en hearings.jfs.ohio.gov/apps/SHARE/#_frmHomeScreen. Envíe un correo electrónico a BSH@jfs.ohio.gov o llame al 866-635-3748.

G. Medicamentos de Medicare Part D

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura para varios medicamentos. La mayoría de estos son medicamentos de Medicare Part D. Existen algunos medicamentos que Medicare Part D no cubre y que Medicaid podría cubrir. **Esta sección se aplica únicamente a las apelaciones de medicamentos de Medicare Part D.** Para simplificar, generalmente usamos el término “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de “medicamento de Medicare Part D”.

Para estar cubierto, su medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Eso significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por determinadas referencias médicas. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre las indicaciones médicas aceptadas.

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de Medicare Part D

A continuación, mencionamos ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos solicita para sus medicamentos de Medicare Part D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, lo que incluye solicitarnos que realicemos lo siguiente:
 - Cubrir un medicamento de Medicare Part D que no esté en nuestra *Lista de Medicamentos* del plan.
 - Renunciar a una restricción de la cobertura para un medicamento (como los límites en la cantidad que puede obtener).
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (por ejemplo, cuando su medicamento se encuentra en nuestra *Lista de Medicamentos* del plan, pero debemos aprobárselo antes de darle cobertura).

NOTA: si su farmacia le comunica que su receta médica no puede adquirirse como se indica, la farmacia le entrega un aviso escrito para que se comunique con nosotros y solicite una decisión de cobertura.

Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de Medicare Part D se denomina **determinación de cobertura**.

- Usted nos solicita que paguemos un medicamento que ya compró. Esto es solicitarnos una decisión de cobertura por pagos.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Utilice la siguiente tabla como ayuda.

¿En qué situación se encuentra?			
Necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra <i>Lista de Medicamentos</i> o necesita que renunciemos a una norma o restricción aplicada a algún medicamento que cubrimos. Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la Sección G2; luego, consulte las Secciones G3 y G4.	Desea que cubramos un medicamento que se encuentra en nuestra <i>Lista de Medicamentos</i> y cree que cumple con las normas o restricciones del plan (por ejemplo, obtener una aprobación anticipada) para el medicamento que necesita. Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Avance a la Sección F4. Consulte la Sección G4.	Desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y pagó. Puede pedirnos que le rembolsemos el dinero. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Consulte la Sección G4.	Le dijimos que no cubriríamos ni pagaríamos un medicamento de la forma que usted desea. Puede presentar una apelación. (Esto quiere decir que nos pide que reconsideremos nuestra decisión). Consulte la Sección G5.

G2. Excepciones de Medicare Part D

Si no cubrimos un medicamento como usted quisiera, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Si rechazamos una solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro recetador deben explicar las razones médicas que justifiquen por qué la requiere.

Solicitar cobertura para un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos* o para eliminar una restricción sobre un medicamento a veces se denomina solicitar una **“excepción de formulario”**.

Solicitar pagar un precio menor por un medicamento no preferido cubierto a veces se denomina solicitar una **excepción de categoría**.

A continuación, detallamos algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro recetador pueden solicitarnos:

1. Cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de Medicamentos*

- Si aceptamos realizar una excepción y cubrir un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*, usted paga el copago que se aplica a los medicamentos de la Categoría 5.
- No puede obtener una excepción del monto de copago requerido para el medicamento.

2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto

- Se aplican normas o restricciones adicionales a ciertos medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos* (consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* si desea obtener más información).
- Las reglas y restricciones adicionales de ciertos medicamentos incluyen lo siguiente:
 - Estar obligado a usar la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener nuestra aprobación por anticipado, antes de que aceptemos cubrir el medicamento. A veces, esto se denomina “autorización previa” (prior authorization, PA).
 - Estar obligado a probar otro medicamento primero, antes de que aceptemos cubrir el medicamento que solicita. Esto, a veces, se denomina “terapia escalonada”.
 - Límites de cantidades. En el caso de algunos medicamentos, se establecen restricciones sobre la cantidad del medicamento que usted puede obtener.
- Si aceptamos una excepción para usted e ignoramos una restricción, puede solicitar una excepción del monto del copago que debe pagar.

3. Cambiar la cobertura de un medicamento a una categoría de distribución de costos menor.

Cada medicamento de nuestra *Lista de Medicamentos* se incluye en una de las seis (6) categorías de distribución de costos. En general, cuanto más baja sea la categoría de distribución de costos, menor será el costo del copago requerido.

- Nuestra *Lista de Medicamentos* suele incluir más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Se les llama “medicamentos alternativos”.

- Si un medicamento alternativo para su condición médica se encuentra en una categoría de distribución de costos inferior a la del medicamento que usted toma, puede pedirnos que lo cubramos con el monto de distribución de costos del medicamento alternativo. Esto reduciría el monto de su copago por el medicamento.
- Si el medicamento que toma es un medicamento de marca, puede solicitarnos que lo cubramos por la suma de distribución de costos para la categoría más baja para alternativas de marca para su afección.
- Si el medicamento que toma es un medicamento genérico, puede solicitarnos que lo cubramos por la suma de distribución de costos para la categoría más baja para alternativas de marca o genéricas para su afección.
- No puede solicitarnos que cambiemos la categoría de distribución de costos para cualquier medicamento de la categoría 5 de medicamentos especializados.
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de categoría y hay más de una categoría de distribución de costos menor con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente, paga el monto menor.

G3. Puntos importantes a tener en cuenta al solicitar una excepción

Su médico u otro recetador deben indicarnos las razones médicas

Su médico u otro recetador deben entregarnos una declaración en la que se expliquen las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico o de otro recetador cuando solicite la excepción.

Nuestra *Lista de Medicamentos* suele incluir más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Se les llama “medicamentos alternativos”. Si un medicamento alternativo es tan eficaz como el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios ni otros problemas de salud, por lo general, **no aprobaremos** una solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de categoría, en general **no** aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que los medicamentos alternativos de las categorías más bajas de distribución de costos no le resulten efectivos o que exista la posibilidad de que causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos responder afirmativa o negativamente a su solicitud.

- Si nuestra respuesta a su solicitud de excepción es **afirmativa**, por lo general, la excepción dura hasta el final del año calendario. Esto es válido siempre que su médico le continúe recetando el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.
- Si nuestra respuesta a su solicitud de excepción es **negativa**, puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** si desea obtener información sobre cómo presentar una apelación en caso de que **rechacemos** su solicitud.

En la siguiente sección le explicamos cómo debe solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.



G4. Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que prefiera llamando al (855) 665-4623, por escrito o por fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional recetador) puede hacer esto. Incluya su nombre, la información de contacto y la información acerca del reclamo.
- Usted o su médico (u otro recetador) u otra persona que actúe en su nombre pueden solicitar una decisión de cobertura. También puede buscar a un abogado que actúe en su nombre.
- Consulte la **Sección E3** para averiguar cómo designar a alguien como su representante.
- No es necesario que autorice por escrito a su médico o a otro recetador para que solicite una decisión de cobertura en su nombre.
- Si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de este *Manual del Miembro*.
- Si usted solicita una excepción, presente la “declaración de apoyo”. La declaración de apoyo incluye las razones médicas de su médico u otro recetador para solicitar la excepción.
- Su médico u otro recetador pueden enviarnos la declaración de apoyo por fax o por correo. También puede comunicárnosla por teléfono y, luego, enviar la declaración por fax o por correo postal.

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una “decisión rápida sobre la cobertura”.

Usamos las “fechas límite estándares” a menos que acordemos usar las “fechas límite rápidas”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le damos una respuesta dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la declaración de su médico.
- Una **decisión rápida sobre la cobertura** significa que le damos una respuesta dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de la declaración de su médico.

Una “decisión rápida sobre la cobertura” se denomina “**determinación de cobertura acelerada**”.

Puede conseguir que se tome una decisión rápida sobre la cobertura si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

- Es para un medicamento que no recibió. No puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró.
- Su salud o su capacidad de funcionamiento se verían gravemente perjudicadas si utilizáramos las fechas límite estándares.

Si su médico u otro recetador nos informa que su estado de salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura, nosotros estamos de acuerdo y se la damos. Se le informa en la carta que le enviamos.

- Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura sin el apoyo de su médico u otro recetador, nosotros decidimos si obtiene una decisión rápida sobre la cobertura.
- Si decidimos que su condición médica no cumple los requisitos para una decisión rápida sobre la cobertura, utilizamos en su lugar las fechas límite estándares.

- Se le informa en la carta que le enviamos. En la carta, también se le informa cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.
- Puede presentar una queja rápida y obtener una respuesta dentro de las 24 horas siguientes. Si desea obtener más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Fechas límite para una decisión rápida sobre la cobertura

- Si utilizamos las fechas límite rápidas, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a recibir su solicitud. Si solicita una excepción, le respondemos dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de la declaración de apoyo de su médico. Le informamos de nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que sea revisada por una IRO. Consulte la **Sección G6** si desea obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2.
- Si nuestra respuesta es **afirmativa** a toda su solicitud o parte de ella, le proporcionamos la cobertura dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de su solicitud o la declaración de apoyo de su médico.
- Si nuestra respuesta es **negativa** a toda su solicitud o parte de ella, le enviamos una carta con los motivos. En la carta, también se le informa cómo puede presentar una apelación.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar con respecto a un medicamento que no recibió

- Si utilizamos las fechas límite estándares, debemos darle nuestra respuesta dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le respondemos dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la declaración de apoyo de su médico. Le informamos de nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que sea revisada por una IRO.
- Si nuestra respuesta es **afirmativa** a toda su solicitud o parte de ella, le proporcionamos la cobertura dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de su solicitud o de la declaración de apoyo de su médico para una excepción.
- Si nuestra respuesta es **negativa** a toda su solicitud o parte de ella, le enviamos una carta con los motivos. En la carta, también se explica cómo presentar una apelación.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- Si no cumplimos con esta fecha límite, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que sea revisada por una IRO.
- Si nuestra respuesta es **afirmativa** a toda su solicitud o parte de ella, le reembolsamos dentro de los siguientes 14 días calendario.



- Si nuestra respuesta es **negativa** a toda su solicitud o parte de ella, le enviamos una carta con los motivos. En la carta, también se explica cómo presentar una apelación.

G5. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Una apelación a nuestro plan por una decisión de cobertura de medicamentos de Medicare Part D se denomina una “**redeterminación**”.

- Inicie su **apelación estándar** o **apelación rápida** llamando al (855) 665-4623, por escrito o por fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional recetador) puede hacer esto. Incluya su nombre, la información de contacto y la información sobre su apelación.
- Debe solicitar una apelación **dentro de los 65 días calendario** desde la fecha que aparece en la carta que le enviamos para informarle sobre nuestra decisión.
- Si usted no cumple la fecha límite y tiene una justificación para no haberla cumplido, le podemos conceder más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de buenas razones son las siguientes: padece una enfermedad grave o le dimos información errónea sobre la fecha límite. Explique el motivo de la demora cuando presente su apelación.
- Usted tiene derecho a solicitar una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico pueden darnos más información para respaldar su apelación.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

Una apelación rápida también se denomina “**redeterminación acelerada**”.

- Si está apelando una decisión que tomamos por un medicamento que no recibe, usted y su médico u otro recetador deciden si requiere una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida sobre la cobertura. Consulte la **Sección G4** si desea obtener más información.

Consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y volvemos a analizar detenidamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura.
- Verificamos si cumplimos con las normas cuando **rechazamos** su solicitud.
- Es probable que nos comuniquemos con usted o su médico u otro recetador para obtener más información.

Fechas límite para una apelación rápida del Nivel 1

- Si utilizamos las fechas límite rápidas, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** siguientes a la recepción de su apelación.
 - Le informamos de nuestra respuesta antes si su estado de salud lo requiere.

- Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego la revisa una IRO. Consulte la **Sección G6** si desea obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones del Nivel 2.
- Si nuestra respuesta es **afirmativa** a parte o toda su solicitud, debemos proveer la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- Si nuestra respuesta es **negativa** a toda su solicitud o parte de ella, le enviamos una carta en la que le explicamos los motivos y le indicamos cómo puede presentar una apelación.

Fechas límite para una apelación estándar de Nivel 1

- Si utilizamos las fechas límite estándares, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación por un medicamento que no recibió.
- Le informamos de nuestra decisión antes si no recibió el medicamento y su afección lo requiere. Si cree que su estado de salud lo requiere, solicite una apelación rápida.
 - Si no le damos una decisión dentro de los 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego la revisa una IRO. Consulte la **Sección G6** si desea obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones del Nivel 2.

Si **aceptamos** toda su solicitud o parte de ella:

- Debemos **proveer la cobertura** que acordamos con la mayor brevedad según lo requiera su salud, pero **antes de los 7 días calendario** desde la recepción de su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que compró **dentro de los 30 días calendario** desde la recepción de su apelación.

Si **rechazamos** toda su solicitud o parte de ella:

- Le enviamos una carta en la que se explican los motivos y se le informa cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle una respuesta sobre el reembolso de un medicamento que compró **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su apelación.
 - Si no le damos una decisión dentro de los 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones. Luego la revisa una IRO. Consulte la **Sección G6** si desea obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelaciones del Nivel 2.
- Si nuestra respuesta es **afirmativa** a toda su solicitud o parte de ella, debemos pagarle dentro de los 30 días calendario siguientes a la recepción de su solicitud.
- Si nuestra respuesta es **negativa** a toda su solicitud o parte de ella, le enviamos una carta en la que le explicamos los motivos y le indicamos cómo puede presentar una apelación.

G6. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si nuestra respuesta a su Apelación de Nivel 1 es **negativa**, puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, utilizará el proceso de apelaciones de Nivel 2. La



IRO revisa nuestra decisión cuando damos una respuesta **negativa** a su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” (Independent Review Entity, IRO) es “**Entidad de Revisión Independiente**” y, a veces, se le conoce como “**IRE**” (Independent Review Entity).

Si desea presentar una Apelación de Nivel 2, usted, su representante o su médico u otro recetador deben comunicarse **por escrito** con la IRO y solicitar una revisión de su caso.

- Si nuestra respuesta a su Apelación de Nivel 1 es **negativa**, la carta que le enviamos incluye **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la IRO. Las instrucciones indican quién puede presentar la Apelación de Nivel 2, qué fechas límite se deben seguir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando usted presenta una apelación a la IRO, enviamos la información que tenemos sobre su apelación a la organización. Esta información se denomina su “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitar una copia gratuita de su expediente del caso.**
- Tiene derecho a dar información adicional a la IRO para respaldar su apelación.

La IRO revisa su Apelación de Nivel 2 de Medicare Part D y le da una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** si desea obtener más información sobre la IRO.

Fechas límite para una apelación rápida del Nivel 2

Si su estado de salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” a la IRO.

- Si están de acuerdo con una apelación rápida, deben darle una respuesta **dentro de las 72 horas** siguientes a la recepción de su solicitud de apelación.
- Si la respuesta es **afirmativa** a toda su solicitud o parte de ella, debemos proporcionarle la cobertura de medicamentos aprobada **dentro de las 24 horas** siguientes a la recepción de la decisión de la IRO.

Fechas límite para una apelación estándar de Nivel 2

Si tiene una apelación estándar en el Nivel 2, la IRO debe darle una respuesta:

- **dentro de los 7 días calendario** siguientes a la recepción de su apelación por un medicamento que no recibió.
- **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su apelación para el pago de un medicamento que compró.

Si la respuesta de la IRO es **afirmativa** a toda su solicitud o parte de ella:

- Debemos brindar la cobertura de medicamentos aprobada **dentro de las 72 horas** después de recibir la decisión de la IRO.

- Debemos reembolsarle el dinero de un medicamento que compró dentro de los 30 días calendario siguientes a la recepción de la decisión de la IRO.
- Si la IRO responde de manera **negativa** a su apelación, esto significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. Esto se denomina “confirmar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la respuesta de la IRO a su Apelación del Nivel 2 es **negativa**, usted tiene derecho a una Apelación del Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un monto mínimo en dólares. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es inferior al mínimo exigido, no podrá presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la Apelación de Nivel 2 es definitiva. La IRO le envía una carta en la que le informa el valor mínimo en dólares necesario para continuar con una Apelación del Nivel 3.

Si el valor en dólares de su solicitud cumple el requisito, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2.
- Si la respuesta de la IRO a su Apelación del Nivel 2 es **negativa** y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, puede hacer lo siguiente:
 - Decidir si quiere presentar una Apelación de Nivel 3.
 - Consulte la carta que la IRO le envió después de su Apelación del Nivel 2 para obtener información sobre cómo presentar una Apelación del Nivel 3.

Un ALJ o abogado mediador se encarga de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H. Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización por más tiempo

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos por nosotros necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Si desea obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajan con usted para prepararlo para el día en que reciba el alta. También lo ayudan a coordinar la atención que podría requerir después del alta.

- El día que le dan de alta del hospital se llama su “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le indicarán cuál es su fecha de alta médica.

Si considera que le están dando de alta demasiado pronto o le preocupan los cuidados que recibirá después de salir del hospital, puede solicitar una hospitalización más prolongada. Esta sección le explica cómo debe hacer la solicitud.

H1. Información acerca de sus derechos de Medicare

En un plazo de dos días después de que usted sea admitido en el hospital, alguien del hospital, como una enfermera o un trabajador social le dará a usted un aviso escrito denominado “Un Mensaje Importante



de Medicare sobre sus Derechos”. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso cuando se internan en un hospital.

Si no le entregan este aviso, solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Lea este aviso** cuidadosamente y haga preguntas si no lo comprende. En el aviso, se le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, incluidos los derechos que se enumeran a continuación:
- Obtener los servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de esta. Usted tiene el derecho a conocer en qué consisten estos servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
- Participar de las decisiones acerca de la duración de su hospitalización.
- Saber a dónde denunciar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su cuidado hospitalario.
- Apelar si cree que le están dando de alta en el hospital demasiado pronto.
- **Firme el aviso** para demostrar que lo recibió y comprende sus derechos.
 - Usted u otra persona que actúe en su nombre puede firmar el aviso.
- Firmar el aviso **solo** demuestra que usted recibió la información sobre sus derechos. Firmar **no** significa que usted está de acuerdo con una fecha de alta que su médico o el personal del hospital le puedan decir.
- **Guarde su copia** del aviso firmado para tener la información si la necesita.

Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha del alta hospitalaria, recibirá otra copia antes de que le den el alta.

Puede buscar una copia del aviso por adelantado si realiza lo siguiente:

- Llamar al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im

H2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Para pedirnos que cubramos sus servicios de hospitalización por más tiempo, presente una apelación. La Organización de Mejoramiento de Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) realiza una revisión de la Apelación de Nivel 1 para saber si su fecha programada de alta es médicamente adecuada para usted.

La QIO está conformada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el Gobierno federal. Estos expertos comprueban y ayudan a mejorar la calidad para las personas con Medicare. No son parte de nuestro plan.



En Ohio, la QIO es Livanta. Llámelos al 1-888-524-9900; o TTY: 1-888-985-8775. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar. También puede escribir a 10820 Guilford Rd., Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701. Nuestro sitio web es www.livantaqio.cms.gov/en/states/ohio. La información de contacto también se encuentra en el aviso, “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” y en el **Capítulo 2**.

Llame a la QIO antes de salir del hospital y no después de la fecha programada de alta médica.

Si llama antes de irse, puede permanecer en el hospital después de la fecha de alta programada sin tener que pagar por ello mientras espera la decisión de la QIO sobre su apelación.

Si usted no llama para apelar y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, debe pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta programada.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con los siguientes contactos:

- Llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página.
- Llame a Ohio Senior Health Insurance Information Program (Programa de Información de Seguro Médico para Personas Mayores de Ohio [OSHIIP]) al (800) 686-1578 (TTY 711) de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 5 p.m. hora del este.

Solicite una revisión rápida Actúe rápidamente y comuníquese con la QIO para solicitar una revisión rápida de su alta hospitalaria

El término legal para una “**revisión rápida**” es “**revisión inmediata**” o “**revisión acelerada**”.

Qué sucede durante la revisión rápida

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué cree que la cobertura debe continuar después de la fecha de alta médica programada. Usted no está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores analizan su información médica, consultan a su médico y revisan la información que el hospital y nuestro plan les proporcionaron.

- Para el mediodía del día después de que los revisores informen a nuestro plan acerca de su apelación, usted recibe una carta que le proporciona su fecha programada de alta médica. En la carta también se explican las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros pensamos que esa es la fecha de alta correcta y médicamente apropiada para usted.

El término legal de esta explicación por escrito es “**Aviso Detallado de Alta**”. Si desea obtener una muestra, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede obtener una muestra del aviso en línea en www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Dentro de un día completo después de recibir toda la información que necesita, la QIO le da su respuesta a su apelación.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le proporcionaremos servicios de hospitalización cubiertos, siempre y cuando los servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Esta cree que su fecha de alta programada es médicamente adecuada.
- La cobertura de sus servicios de hospitalización terminará al mediodía del día siguiente al que la QIO le comunique la respuesta a su apelación.
- Es posible que tenga que pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente al que la QIO le comunique la respuesta de su apelación.
- Puede presentar una Apelación del Nivel 2 si la QIO rechaza su Apelación del Nivel 1 y usted permanece en el hospital después de la fecha programada para el alta.

H3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

En el caso de una Apelación del Nivel 2, usted pide a la QIO que vuelva a analizar la decisión que tomó en su Apelación del Nivel 1. Llame al (888) 524-9900, TTY: (888) 985-8775.

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la QIO contestó **negativamente** a su Apelación del Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión **solo** si usted permanece en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de atención médica.

Los revisores de la QIO harán lo siguiente:

- Volver a examinar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- Informar su decisión sobre la Apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario desde la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO **acepta** su apelación:

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

- Debemos reembolsarle los costos de la atención hospitalaria desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la QIO rechazó su Apelación del Nivel 1.
- Le proporcionaremos servicios de hospitalización cubiertos, siempre y cuando los servicios sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Ella está de acuerdo con su decisión sobre su Apelación de Nivel 1 y no la cambiará.
- Le envía una carta en la que se le informa lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un ALJ o abogado mediador se encarga de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

I. Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos

Esta sección se refiere solo a los siguientes tres tipos de servicios que puede recibir:

- Servicios de atención médica domiciliaria
 - Atención de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada; **y**
 - Atención de rehabilitación como paciente ambulatorio en un CORF aprobado por Medicare
- Normalmente, esto significa que usted recibe tratamiento por una enfermedad o un accidente o se está recuperando de una cirugía mayor.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, usted tiene el derecho a recibir los servicios cubiertos durante el tiempo que el médico dice que usted los necesita.

Cuando tomamos una decisión de dejar de cubrir cualquiera de estos, debemos comunicárselo a usted **antes** de la finalización de sus servicios. Cuando su cobertura por ese servicio finalice, dejamos de pagarlo.

Si cree que estamos finalizando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

I1. Aviso previo antes de que finalice su cobertura

Le enviamos un aviso escrito que recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su atención médica. Esto se llama “Notificación de no cobertura de Medicare.” En el aviso, se informa la fecha en la que detendremos su cobertura y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante debe firmar el aviso para mostrar que lo recibió. Firmar el aviso **solo** muestra que recibió la información. Firmar **no** significa que esté de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Si cree que estamos finalizando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se le informa sobre el proceso de apelaciones de Nivel 1 y sobre lo que debe hacer.



- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y cumpla los plazos que se aplican a las acciones que debe realizar. Nuestro plan también debe respetar los plazos. Si cree que no estamos cumpliendo los plazos, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** si desea obtener más información sobre las quejas.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con los siguientes contactos:
 - Llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página.
 - Llame al OSHIIP al 800-686-1578.
- **Comuníquese con la QIO**
- Consulte la **Sección H2** o consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* si desea obtener más información sobre la QIO y cómo comunicarse con ellos.
 - Solicite que revisen su apelación y decidan si cambian la decisión de nuestro plan.
- **Actúe con rapidez y solicite una “apelación rápida”.** Pregunte a la QIO si es médicamente apropiado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su fecha límite para comunicarse con esta organización

- Debe comunicarse con la QIO para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de la “Notificación de No Cobertura de Medicare” que le enviamos.

El término legal para el aviso escrito es “**Notificación de No Cobertura de Medicare**”. Si desea obtener una copia de muestra, llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran al final de la página o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede obtener una copia en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Qué sucede durante una apelación rápida

- Los revisores de la QIO le preguntan a usted o a su representante por qué consideran que la cobertura debe continuar. Usted no está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores analizan su información médica, consultan a su médico y revisan la información que nuestro plan les proporcionó.
- Nuestro plan también envía un aviso escrito en el que se explican nuestros motivos para finalizar la cobertura de sus servicios. Recibirá el aviso al final del día en que los revisores nos informen de su apelación.

El término legal para la explicación del aviso es “**Explicación detallada de no cobertura**”.

- Los revisores le comunican su decisión en el plazo de un día completo después de obtener toda la información que necesitan.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le proporcionaremos los servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Su cobertura finaliza en la fecha que le indicamos.
- Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha indicada en el aviso.
- Usted paga el costo total de esta atención médica si decide continuar con la atención médica domiciliaria, la atención en centros de enfermería especializada o los centros de rehabilitación integral ambulatoria (CORF) después de la fecha de finalización de su cobertura.
- Usted decide si quiere continuar con estos servicios y presentar una Apelación de Nivel 2.

13. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

En el caso de una Apelación del Nivel 2, usted pide a la QIO que vuelva a analizar la decisión que tomó en su Apelación del Nivel 1. Llame a Livanta al 1-888-524-9900, TTY 1-888-985-8775. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar. También puede escribir a 10820 Guilford Rd., Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701. Nuestro sitio web es www.livantaqio.cms.gov/en/states/ohio.

Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la QIO contestó **negativamente** a su Apelación del Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión **solo** si continuó recibiendo la atención médica después de la fecha en que terminó su cobertura por atención médica.

Los revisores de la QIO harán lo siguiente:

- Volver a examinar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- Informar su decisión sobre la Apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario desde la recepción de su solicitud de una segunda revisión.

Si la QIO **acepta** su apelación:

- Le reembolsamos nuestra parte de los costos de la atención médica que usted recibió a partir de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaría.
- Proporcionaremos cobertura para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la QIO **rechaza** su apelación:

- Acepta nuestra decisión de finalizar su atención y no la cambiará.
- Le envía una carta en la que se le informa lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un ALJ o abogado mediador se encarga de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

J1. Próximos pasos que debe seguir para artículos y servicios de Medicare

Si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y ambas apelaciones fueron rechazadas, puede tener derecho a niveles adicionales de apelación.

Si el valor en dólares del servicio o artículo de Medicare que apeló no alcanza un determinado monto mínimo, no podrá seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, puede continuar el proceso de apelaciones. En la carta que recibe de la IRO para su Apelación del Nivel 2, se explica con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una Apelación del Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia del ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado mediador que trabaja para el Gobierno federal.

Si la respuesta del ALJ o el abogado mediador a su apelación es **afirmativa**, tenemos derecho a apelar una decisión del Nivel 3 que le sea favorable.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviamos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con los documentos correspondientes. Podemos esperar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer el servicio en disputa.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o proveerle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del ALJ o del abogado mediador.



- Si el ALJ o el abogado mediador **rechazan** su apelación, es posible que el proceso de apelaciones no finalice.
- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, usted puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para presentar una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisa su apelación y le brinda una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si la respuesta del Consejo a su Apelación de Nivel 4 es **afirmativa** o deniega nuestra solicitud de revisión de una decisión de Apelación de Nivel 3 favorable para usted, tenemos derecho a apelar al Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o prestarle el servicio dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.

Si la respuesta del Consejo es **negativa** o deniega nuestra solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede no terminar.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, usted puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará si puede presentar una Apelación de Nivel 5 y lo que debe hacer.

Apelación de Nivel 5

Un juez del Tribunal Federal del Distrito revisará su apelación y toda la información, y tomará la decisión de **Aceptar** o **Rechazar** la apelación. Esta es la decisión final. No existen otros niveles de apelación después del Tribunal Federal del Distrito.

J2. Apelaciones adicionales de Medicaid

También tiene otros derechos de apelación, si su apelación es acerca de artículos o servicios que Medicaid generalmente cubre. En la carta que reciba de la oficina de Audiencia Imparcial, se le indicará qué hacer si usted quiere continuar con el proceso de apelaciones. La apelación de siguiente nivel se denomina apelación administrativa y es realizada por la Oficina de Audiencias Estatales (Supervisores de Audiencias) si una persona no está de acuerdo con el resultado de la audiencia estatal. Si desean apelar más allá de la apelación administrativa, el siguiente nivel se llama revisión judicial y se apela a través del tribunal de causas comunes en su condado residencial.



J3. Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para las solicitudes de medicamentos de Medicare Part D

Esta sección puede aplicar para su caso si presentó una Apelación de Nivel 1 y de Nivel 2 y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que usted realizó una apelación alcanza una determinada cantidad en dólares, usted puede recurrir a otros niveles de apelación. En la respuesta escrita que recibe por su Apelación de Nivel 2, se le explica con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelaciones es una audiencia del ALJ. La persona que toma la decisión es un ALJ o un abogado mediador que trabaja para el Gobierno federal.

Si el ALJ o el abogado mediador **acepta** su apelación:

- El proceso de apelaciones finaliza.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura aprobada del medicamento en un plazo de 72 horas (o 24 horas en el caso de una apelación acelerada), o bien debemos efectuar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario después de que hayamos recibido la decisión.

Si el ALJ o el abogado mediador **rechazan** su apelación, es posible que el proceso de apelaciones no finalice.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, usted puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para presentar una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le brinda una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo **acepta** su apelación:

- El proceso de apelaciones finaliza.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura aprobada del medicamento en un plazo de 72 horas (o 24 horas en el caso de una apelación acelerada), o bien debemos efectuar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario después de que hayamos recibido la decisión.

Si la respuesta del Consejo es **negativa** a su apelación o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede no haber finalizado.

- Si decide **aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
- Si decide **no aceptar** esta decisión que rechaza su apelación, usted puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará si puede presentar una Apelación de Nivel 5 y lo que debe hacer.

Apelación de Nivel 5



- Un juez del Tribunal Federal del Distrito revisará su apelación y toda la información, y tomará la decisión de **Aceptar** o **Rechazar** la apelación. Esta es la decisión final. No existen otros niveles de apelación después del Tribunal Federal del Distrito.

K. Cómo presentar una queja

K1. Qué tipo de problemas deben ser considerados como quejas

El procedimiento para quejas se utiliza para ciertos tipos de problemas únicamente, como problemas relacionados con la calidad de la atención, tiempos de espera, coordinación de cuidados y servicio de atención al cliente. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el procedimiento para quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• Usted no está satisfecho con la calidad de la atención, como por ejemplo, el cuidado que recibió en el hospital.
Respeto de su privacidad	• Considera que una persona no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.
Conductas irrespetuosas, servicio deficiente al cliente u otras conductas negativas	• Un proveedor de atención médica o miembro del personal fue grosero o irrespetuoso con usted. • Nuestro personal lo trató mal. • Cree que está siendo presionado para salir de nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia lingüística	• Usted no puede acceder físicamente a las instalaciones y los servicios de atención médica en la oficina del médico o proveedor. • Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete para el idioma que habla, que no es inglés (como la lengua de señas estadounidense o el español). • Su proveedor no le brinda otras adaptaciones razonables que usted necesita y solicita.
Tiempos de espera	• Tiene problemas para concertar una cita o tuvo que esperar demasiado para conseguirla. • Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, el Departamento de Servicios para Miembros u otro personal del plan lo hacen esperar demasiado tiempo.
Limpieza	• Considera que la clínica, el hospital o la oficina del médico no están limpios.
Información que recibe de nosotros	• Usted cree que no le dimos a usted un aviso o una carta que usted debió haber recibido.

Queja	Ejemplo
	Cree que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de entender.
Puntualidad relacionada con las decisiones de cobertura o apelaciones	- Cree que no cumplimos nuestras fechas límite para tomar una decisión de cobertura o responder su apelación. - Cree que, después de recibir una decisión de cobertura o apelación a su favor, no cumplimos con las fechas límite para aprobar o proporcionarle el servicio, o darle un reembolso por ciertos servicios médicos. - Cree que no enviamos su caso a la IRO a tiempo.

Hay diferentes tipos de quejas. Puede realizar una queja interna o una queja externa. Una queja interna se presenta ante nuestro plan y este la revisa. Una queja externa se presenta a una organización que no está afiliada a nuestro plan y es revisada por esta. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.

El término legal para una “queja” es un **“reclamo”**.

El término legal para “hacer una queja” es **“presentar un reclamo”**.

K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Puede presentar una queja en cualquier momento a menos que sea acerca de un medicamento de Medicare Part D. Si la queja es sobre un medicamento de Medicare Part D, debe presentarla **dentro de los 60 días calendario** después de haber tenido el problema sobre el que quiere presentar una queja.

- Si hay algo más que usted necesite hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo informará.
- También puede presentar su queja por escrito y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, se la responderemos por escrito.

- Las quejas son reclamos que deben resolverse con la rapidez que requiera su caso, en función de su estado de salud, pero no más tarde de 30 días calendario después de la fecha en que el Plan reciba el reclamo oral o escrito, o en un plazo de 2 días hábiles si el reclamo se refiere al acceso a los servicios. Las quejas presentadas por vía oral, se pueden responder por vía oral, a menos que el afiliado solicite una respuesta por escrito o el reclamo sea sobre la calidad de la atención. Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) realizará la investigación tan rápidamente como lo requiera el caso, según el estado de salud del miembro, pero a más tardar 30 días después de recibir la solicitud, dentro de los 2 días hábiles si el reclamo es por el acceso a servicios, o dentro de las 24 horas para reclamos acelerados. Los reclamos presentados por escrito deben responderse por escrito. Las quejas pueden presentarse por vía oral llamándonos al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. También puede presentar una queja por escrito enviándola por correo a: Molina Dual Options MyCare Ohio, Attention: Appeals and Grievances, PO Box 22816, Long Beach, CA 90801-9977 o por Fax: (562) 499-0610.

El término legal de “queja rápida” es “reclamo acelerado”.

Si es posible, le damos una respuesta inmediatamente. Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante el mismo llamado. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, se la daremos.

- Respondemos la mayoría de las quejas dentro de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión dentro de los 30 días calendario porque necesitamos más información, le notificamos por escrito. También le damos una actualización del estado y el tiempo estimado para que reciba la respuesta.
- Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión rápida sobre la cobertura” o “apelación rápida”, automáticamente le damos una “queja rápida” y respondemos a su queja en un plazo de 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos más tiempo para resolver una decisión rápida sobre la cobertura o apelación rápida, automáticamente le damos una “queja rápida” y respondemos a su queja en un plazo de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo con alguna parte o la totalidad de su queja, le informaremos y le daremos nuestras razones. Le respondemos si estamos de acuerdo o no con la queja.

K3. Quejas externas

Medicare

Usted puede informar a Medicare acerca de su queja o enviarla a Medicare. El formulario de queja de Medicare está disponible en: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. No es necesario que presente

una queja ante Molina Medicare Complete Care for MyCare Ohio antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare toma sus quejas en serio y utiliza esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si usted tiene algún otro comentario o inquietud, o si siente que el plan médico no se está ocupando de su problema, también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

Usted puede informar a Medicaid acerca de su queja. Puede comunicarse con la Línea Directa para el Consumidor de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680 TTY, 711. La llamada es gratuita. También puede enviar su queja por correo electrónico a bmhc@medicaid.ohio.gov.

Oficina de Derechos Civiles (OCR)

Puede presentar una queja en la OCR del Department of Health and Human Services (HHS) si le parece que no se le trató de manera justa. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre acceso por discapacidad o asistencia con el idioma. El número de teléfono de la OCR es 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.

También puede comunicarse con la oficina local de OCR a:

Región del Medio Oeste:
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
233 N. Michigan Ave., Suite 240
Chicago, IL 60601
Tel: (800) 368-1019 (TTY [800] 537-7697)

También puede tener derechos bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA). Puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local o a la Línea Directa para el Consumidor de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, (TTY: 711) para obtener ayuda o odm_eo_employeerelations@medicaid.ohio.gov.

QIO

Cuando su queja se relaciona con la calidad de la atención, usted tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja acerca de la calidad de la atención directamente ante la QIO.
- Usted puede presentar su queja ante la QIO y nuestro plan. Si usted presenta una queja ante la QIO, trabajamos con ellos para resolverla.

La QIO es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado que se proporciona a los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la QIO, consulte la **Sección H2** o consulte el **Capítulo 2** de este Manual del Miembro.



En Ohio, la QIO se llama Livanta. El número de teléfono de Livanta es 888-524-9900 o TTY 1-888-985-8775. Este número es para personas que tienen problemas de audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para llamar. También puede escribir a 10820 Guilford Rd., Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701. Nuestro sitio web es www.livantaqio.cms.gov/en/states/ohio.

Capítulo 10: Finalizar su membresía en nuestro plan

Introducción

En este capítulo, se explica cómo puede terminar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura médica después de dejar el plan. Si abandona nuestro plan, seguirá estando en los programas de Medicare y Medicaid, siempre que siga siendo elegible. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Cuándo puede concluir su membresía en nuestro plan	211
B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan	212
C. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid por separado	212
C1. Sus servicios de Medicare	212
C2. Sus servicios de Medicaid	216
D. Sus artículos y servicios médicos y medicamentos hasta que concluya su membresía en nuestro plan	217
E. Otras situaciones cuando su membresía en nuestro plan concluye	217
F. Normas en contra de pedirle que deje el plan por alguna razón relacionada con la salud	218
G. Su derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan	218
H. Cómo puede obtener más información sobre cómo finalizar su membresía en el plan	219

A. Cuándo puede concluir su membresía en nuestro plan

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden cancelar su membresía durante determinados periodos del año. Como usted tiene Medicaid, cuenta con algunas opciones para finalizar su membresía con nuestro plan en cualquier mes del año de forma mensual. Dado que Molina Complete Care for MyCare Ohio cubre los servicios de Medicare y Medicaid, su cobertura de Medicaid está alineada para que coincida con su plan Medicare seleccionado. Siempre que esté inscrito en este plan Medicare para recibir sus beneficios de Medicare, su inscripción en Medicaid también será con el plan Molina Complete Care for MyCare Ohio.

Además, puede finalizar su membresía en nuestro plan durante los siguientes periodos cada año:

- El **Periodo de inscripción abierta**, que es del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su membresía en nuestro plan finalizará el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comenzará el 1 de enero.
- El **Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)**, que va del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan, desde el mes en que tienen derecho a la Parte A y a la Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho. Si elige un nuevo plan durante este periodo, su membresía en el nuevo plan comenzará el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones cuando sea elegible para hacer un cambio en su inscripción. Por ejemplo:

- Se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Su elegibilidad para Medicaid o Ayuda Extra (Extra Help) cambió.
- Se mudó recientemente a una residencia para ancianos o a un hospital de atención a largo plazo, está recibiendo atención o acaba de mudarse de una de estas instituciones.

Su membresía finaliza el último día del mes en que recibamos su solicitud para cambiar el plan. Por ejemplo, si recibimos la solicitud el 18 de enero, la cobertura con nuestro plan finaliza el 31 de enero. La cobertura nueva comienza el primer día del mes siguiente (1 de febrero en este ejemplo).

Si se va de nuestro plan, puede obtener información acerca de:

- Las opciones de Medicare en la tabla en la **Sección C1**.
- Los servicios de Medicaid en la **Sección C2**.

Puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía llamando a:

- La Línea Directa del Consumidor de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m., y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben comunicarse con el Servicio de Retransmisión de Ohio al 711.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

NOTA: si participa en un programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP), es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el **Capítulo 5** de su Manual del Miembro para obtener información acerca de programas de manejo de medicamentos.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

- Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de esta página. El número para usuarios de TTY también aparece allí.
- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP), el Programa de Información de Seguro Médico para Personas Mayores de Ohio (OSHIIP) al (800) 686-1578.

NOTA: si participa en un programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP), es posible que no pueda cambiar de plan. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener información acerca de programas de manejo de medicamentos.

B. Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

Si decide cancelar su membresía, puede inscribirse en otro plan de Medicare o cambiarse a Medicare Original. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Medicare Original, pero no ha seleccionado un plan de medicamentos de Medicare aparte, debe solicitar la cancelación de la inscripción a nuestro plan. Existen dos formas para solicitar la cancelación de la inscripción a nuestro plan:

- Puede presentarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al número que figura al final de la página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY (personas con dificultades auditivas o del habla) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también podrá inscribirse en otro plan médico o de medicamentos de Medicare. En el cuadro de la página 183 hay más información sobre cómo obtener sus servicios de Medicare cuando abandone nuestro plan.
- Comuníquese con la Línea Directa del Consumidor de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m., y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben comunicarse con el Servicio de Retransmisión de Ohio al 7-1-1. A continuación, la **Sección C** incluye los pasos que puede seguir para inscribirse en un plan diferente, lo que también finalizará su membresía en nuestro plan.

C. Cómo obtener servicios de Medicare y Medicaid por separado

Usted tiene opciones para obtener sus servicios de Medicare y Medicaid si decide abandonar nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

Usted tiene tres opciones para obtener sus servicios de Medicare que se indican a continuación en cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se enumera a continuación durante determinadas épocas del año, incluido el **Periodo de inscripción abierta** y el **Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección A**. Si elige una de estas opciones, le pone fin a su membresía en nuestro plan de manera automática.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP) al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite MolinaHealthcare.com/Medicare.

1. Puede cambiar a: Otro plan que le brinda Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan, también conocido como dual-eligible special needs plan (D-SNP) integrado o plan del Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE), si califica.	Esto es lo que tiene que hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si tiene consultas sobre el Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido (PACE), llame al Ohio Department of Aging al 1-800-266-4346. Si necesita ayuda o más información: • Llame a Ohio Senior Health Insurance Information Program (Programa de Información de Seguro Médico para Personas Mayores de Ohio [OSHIIP]) al (800) 686-1578 o envíe un correo electrónico: oshiipmail@insurance.ohio.gov de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o encontrar una oficina local del OSHIIP en su área, visite www.insurance.ohio.gov/about-us/divisions/oshiip. O Inscríbase en un nuevo D-SNP integrado. Su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan. Ohio Medicaid alineará automáticamente su inscripción en Medicaid para que coincida con su selección del plan.
--	--

2. Puede cambiar a: Medicare Original con un plan de medicamentos de Medicare por separado.	Esto es lo que tiene que hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame a Ohio Senior Health Insurance Information Program (Programa de Información de Seguro Médico para Personas Mayores de Ohio [OSHIIP]) al (800) 686-1578 o envíe un correo electrónico: oshiipmail@insurance.ohio.gov de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o encontrar una oficina local del OSHIIP en su área, visite www.insurance.ohio.gov/about-us/divisions/oshiip. O Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos de Medicare. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare Original. Si necesita ayuda o más información: • Comuníquese con la Línea Directa del Consumidor de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m., y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben comunicarse con el Servicio de Retransmisión de Ohio al 7-1-1.
---	--

3. Puede cambiar a: Medicare Original sin un plan de medicamentos de Medicare por separado. NOTA: si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que le informe a Medicare que no lo desea. Solo debe abandonar la cobertura de medicamentos si obtiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, comuníquese con el Ohio Senior Health Insurance Information Program (OSHIIP) al 1-800-686-1578, de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o encontrar una oficina local del OSHIIP en su área, visite www.insurance.ohio.gov/about-us/divisions/oshiip.	Esto es lo que tiene que hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame a Ohio Senior Health Insurance Information Program (Programa de Información de Seguro Médico para Personas Mayores de Ohio [OSHIIP]) al (800) 686-1578 o envíe un correo electrónico: oshiipmail@insurance.ohio.gov de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o encontrar una oficina local del OSHIIP en su área, visite www.insurance.ohio.gov/about-us/divisions/oshiip. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare Original. Si necesita ayuda o más información: • Comuníquese con la Línea Directa del Consumidor de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m., y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben comunicarse con el Servicio de Retransmisión de Ohio al 7-1-1.
--	--

4. Puede cambiar a: Cualquier plan médico de Medicare durante determinadas épocas del año, incluido el Periodo de inscripción abierta y el Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage u otras situaciones descritas en la Sección A.	Esto es lo que tiene que hacer: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si tiene consultas sobre el Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido (PACE), llame al Ohio Department of Aging al 1-800-266-4346. Si necesita ayuda o más información: - Llame a Ohio Senior Health Insurance Information Program (Programa de Información de Seguro Médico para Personas Mayores de Ohio [OSHIIP]) al (800) 686-1578 o envíe un correo electrónico: oshiipmail@insurance.ohio.gov de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o encontrar una oficina local del OSHIIP en su área, visite www.insurance.ohio.gov/about-us/divisions/oshiip. O Puede inscribirse en un nuevo plan de Medicare. Su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan. Si necesita ayuda o más información: - Comuníquese con la Línea Directa del Consumidor de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m., y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben comunicarse con el Servicio de Retransmisión de Ohio al 7-1-1.
---	--

C2. Sus servicios de Medicaid

Debe recibir sus beneficios de un plan MyCare Ohio a menos que suceda lo siguiente:

- Está inscrito en el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).
- Tiene otra cobertura de atención médica acreditable de un tercero (que no sea Medicare).
- Es miembro de una tribu indígena reconocida federalmente.

Puede elegir un plan MyCare diferente. Si elige un plan MyCare diferente para administrar sus beneficios de Medicare, el Departamento de Medicaid de Ohio alineará su cobertura de Medicaid para que coincida con su selección de Medicare. Si elige Medicare tradicional u otro plan Medicare Advantage que no

sea un plan MyCare, aún puede elegir un plan MyCare diferente para administrar su beneficio de Medicaid. Si usted no elige inscribirse en otro plan MyCare, permanecerá en nuestro plan para recibir sus servicios de Medicaid.

Sus servicios de Medicaid incluyen la mayoría de los servicios y apoyos a largo plazo y atención médica para la salud conductual.

Una vez usted deje de recibir los servicios de Medicare a través de nuestro plan, recibirá una nueva Tarjeta de Identificación de Miembro y un nuevo *Manual del Miembro* para sus servicios de Medicaid.

Si desea cambiar a un plan que no sea MyCare Ohio para recibir sus beneficios de Medicaid, comuníquese con la Línea Directa del Consumidor de Medicaid Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7 a.m. a 8 p.m., y los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben comunicarse con el Servicio de Retransmisión de Ohio al 7-1-1. La Línea Directa del Consumidor de Medicaid Ohio no puede cambiar su inscripción en Medicare, solo su Medicaid. Para cambiar su inscripción en Medicare, siga el proceso que se describe en **la Sección C1**.

D. Sus artículos y servicios médicos y medicamentos hasta que concluya su membresía en nuestro plan

Si se da de baja de nuestro plan, puede pasar un tiempo antes de que termine su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y Medicaid. Durante este tiempo, continúa recibiendo sus medicamentos y atención médica a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Utilice nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.
- Utilice nuestras farmacias de la red, inclusive a través de nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo, para surtir sus recetas.
- Si está hospitalizado el día en que su membresía en Molina Complete Care for MyCare Ohio finaliza, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que le den el alta. Esto sucederá incluso si su nueva cobertura médica comienza antes de que le den de alta.

E. Otras situaciones cuando su membresía en nuestro plan concluye

Estos son los casos en los que debemos terminar su membresía en nuestro plan:

- Si hay una interrupción en su cobertura de Medicare Part A y Medicare Part B.
- Si ya no es elegible para Medicaid. Nuestro plan es para personas elegibles para ambos, Medicare y Medicaid.
- Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se muda fuera del área de servicio por un periodo mayor a seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame al Departamento de Servicios para Miembros a fin de averiguar si el lugar al que se muda o viaja está en el área de servicio de nuestro plan.
- Si lo encarcelan por un delito penal.
- Si miente o si oculta información sobre otros seguros que usted tenga para medicamentos.

- Si no es un ciudadano de los Estados Unidos o no está presente de manera legal en los Estados Unidos.
 - Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente de manera legal en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
 - En función de eso, los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) nos notificarán si usted no es elegible para permanecer como miembro.
 - Tendremos que cancelar la inscripción si no cumple con los requisitos.

Si está dentro del periodo de 6 meses de elegibilidad continua de nuestro plan, continuaremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no continuaremos cubriendo los beneficios de Medicaid que están incluidos en el Plan Estatal de Medicaid correspondiente ni pagando las primas de Medicare o la distribución de costos por la cual el estado sería responsable si usted no hubiera perdido su elegibilidad para Medicaid. El monto que usted paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este periodo.

Podremos hacer que deje nuestro plan por los siguientes motivos, solamente si primero recibimos permiso de Medicare y Medicaid:

- Si intencionalmente nos da información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan.
- Si se comporta continuamente de manera inadecuada y nos dificulta la provisión de atención médica a usted y a otros miembros del plan.
- Si deja que otra persona use su tarjeta de identificación del miembro para obtener atención médica. (Es posible que Medicare solicite al Inspector General que investigue su caso si finalizamos su membresía por este motivo).

F. Normas en contra de pedirle que deje el plan por alguna razón relacionada con la salud

No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud. Si considera que le solicitamos que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, **llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

G. Su derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle los motivos de la finalización por escrito. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o reclamación sobre nuestra decisión de finalizar su membresía. También puede consultar el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* para obtener información sobre cómo presentar una queja.

H. Cómo puede obtener más información sobre cómo finalizar su membresía en el plan

Si tiene alguna pregunta o si quiere más información sobre cómo finalizar su membresía, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número al final de esta página.

Capítulo 11: Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye los avisos legales que se aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de este *Manual del Miembro*.

Índice

A. Aviso sobre las leyes	221
B. Aviso de no discriminación	221
C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medicaid como pagador de último recurso	221

A. Aviso sobre las leyes

Hay muchas leyes que se aplican a este *Manual del miembro*. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen ni se explican en este *Manual del Miembro*. Las leyes principales que se aplican son leyes federales sobre los programas Medicare y Medicaid. Es posible que también se apliquen otras leyes federales y estatales.

B. Aviso de no discriminación

No discriminamos ni le tratamos de forma diferente a causa de su raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamos, historial médico, información genética, color, etnia, ascendencia, evidencia de asegurabilidad o género, identidad de género, orientación sexual, información genética, ubicación geográfica dentro del área de servicio, estado militar, estado de salud, necesidad de servicios médicos, historial médico, discapacidad mental o física, origen nacional, raza, religión o sexo.

Si tiene inquietudes o desea obtener más información sobre la discriminación o el trato injusto:

- Llame al U.S. Department of Health and Human Services, Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. También puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información.
- Comuníquese con la Oficina local de Derechos Civiles.

Office for Civil Rights

United States Department of Health and Human Services

233 N. Michigan Ave., Suite 240

Chicago, Illinois 60601

- Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios de atención médica o a un proveedor, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Si tiene alguna queja, como por ejemplo, por un problema de acceso en silla de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarle.

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Medicaid como pagador de último recurso

A veces, alguna otra persona debe pagar primero por los servicios que le proporcionamos a usted. Por ejemplo, si usted tiene un accidente de automóvil o se lesiona en el trabajo, el seguro o la indemnización al trabajador debe pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare de los cuales Medicare no es el primer pagador.

Cumplimos con las regulaciones y leyes federales y estatales relacionadas con la responsabilidad legal de terceros hacia los servicios de atención médica a miembros. Tomamos todas las medidas razonables para garantizar que Medicaid sea el pagador de último recurso.

Capítulo 12: Definiciones de términos importantes

Introducción

Este capítulo incluye términos clave usados en el *Manual del Miembro* con sus definiciones. Los términos aparecen en orden alfabético. Si no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información de la que incluye la definición, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Actividades de la vida diaria (Activities of Daily Living, ADL): lo que hace la gente en un día normal, como por ejemplo, comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Juez de derecho administrativo: un juez que revisa una Apelación de Nivel 3.

Directivas anticipadas: instrucciones de atención médica por escrito para cuando un adulto no es capaz de dar a conocer sus deseos médicos. Estas incluyen:

- Testamento Vital
- Poder Notarial Duradero para Atención Médica
- Declaración para Tratamiento de Salud Mental
- Orden de No Resucitar

Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP): programa que ayuda a las personas elegibles que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan la vida.

Centro de cirugía ambulatoria: un centro que proporciona cirugía ambulatoria a pacientes que no necesitan atención hospitalaria y que no anticipan necesitar más de 24 horas de atención médica.

Aviso anual de cambios: una lista de beneficios, servicios cubiertos y reglas que cambiaron desde el año anterior.

Apelación: una manera de cuestionar nuestra acción si usted cree que hemos cometido un error. Usted puede presentar una apelación para pedirnos cambiar una decisión de cobertura. El **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro* explica las apelaciones, incluyendo cómo presentar una apelación.

Salud conductual: Un término que incluye todo relacionado con trastornos por abuso de sustancias y salud mental.

Producto biológico: un medicamento que está hecho de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Véase también “Producto biológico original” y “Biosimilar”).

Biosimilar: un producto biológico que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Véase “Biosimilar intercambiable”).

Medicamento de marca: un medicamento que lo fabrica y lo vende la compañía que creó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos principios activos que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos por lo general son fabricados y comercializados por otras compañías farmacéuticas y, generalmente, solo están disponibles cuando la patente del medicamento de marca ha vencido.

Coordinador de Cuidados: la persona principal que trabaja con usted, con el plan médico y con sus proveedores de atención médica, para asegurarse de que usted obtenga la atención médica que necesita.



Plan de atención: consulte “Plan de atención individualizado”.

Equipo de atención: consulte “Equipo de atención interdisciplinaria”.

Etapas de cobertura catastrófica: etapa del beneficio de medicamentos de Medicare Part D en la que nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos de la Parte D hasta finalizar el año. Usted comienza en esta etapa cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) han gastado \$2,100 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año. Usted no paga nada.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): La agencia federal a cargo de Medicare. En el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro*, se explica cómo comunicarse con el CMS.

Consejero certificado para solicitantes: una persona capacitada para ayudar a los clientes a buscar sus opciones de cobertura para atención médica y completar los formularios de solicitud.

Queja: una declaración escrita o verbal que afirma que usted tiene un problema o inquietud sobre su atención o servicios cubiertos. Esto incluye cualquier duda sobre la calidad del servicio, la calidad de la atención, los proveedores de nuestra red o las farmacias de nuestra red. “Hacer una queja” se conoce formalmente como “presentar un reclamo”.

Centro de rehabilitación integral ambulatoria (CORF): un centro que ofrece principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad, accidente u operación importante. Ofrece una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación del entorno doméstico.

Ofrece muchos servicios, incluidos:

- Fisioterapia.
- Servicios sociales y de psicología.
- Terapia respiratoria.
- Terapia ocupacional.
- Terapia del habla.
- Servicios de evaluación del ambiente del hogar.

Conector de la comunidad (Community Connectors): un miembro del personal de Molina Dual Options MyCare Ohio que vive en su área. Este visitará su domicilio y le dará su opinión a su Equipo de atención. Esto ayuda a atender las preocupaciones antes de que se vuelvan graves. Debido a que viven en su comunidad, los Community Connectors pueden conectarle con servicios sociales locales como comida, vivienda y trabajo.

Trabajador social del condado: su contacto en su oficina local del Departamento de Empleo y Servicios de Familia del Condado (Department of Job and Family Services, CDJFS). Comuníquese con esta persona si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid. Comuníquese con esta persona para asegurarse de que sus beneficios de Medicaid se renuevan cada 12 meses. También notifique a esta persona cuando surjan cambios en su información, como cuando tiene un bebé o se muda a una nueva dirección.



Departamento de Empleo y Servicios de Familia del Condado (County Department of Job and Family Services, CDJFS): su oficina de CDJFS local determina si es elegible para Medicaid y otros programas patrocinados por el gobierno, como el Programa de Asistencia Alimentaria. Encuentre su oficina local en http://www.jfs.ohio.gov/county/county_directory.pdf.

Decisión de cobertura: una decisión sobre cuáles beneficios cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre servicios y medicamentos cubiertos o el monto que pagamos por sus servicios médicos. En el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*, se explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: el término que usamos para describir todos los medicamentos recetados y de venta libre (Over-The-Counter, OTC) cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término general que utilizamos cuando nos referimos a toda la atención médica, el apoyo y los servicios a largo plazo, los suministros, los medicamentos recetados y los de venta libre, los equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Capacitación de competencia cultural: capacitación que proporciona instrucción adicional para nuestros proveedores de atención médica que los ayuda a comprender mejor sus antecedentes, valores y creencias para adaptar servicios y cumplir con sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

Cancelación de inscripción: el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (porque usted lo decide) o involuntaria (sin que usted lo decida).

Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP): un programa que ayuda a que nuestros miembros consuman de manera segura sus opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia.

Categorías de medicamento: grupos de medicamentos en nuestra *Lista de Medicamentos*. Los medicamentos genéricos, de marca o de venta libre (Over-The-Counter, OTC) son ejemplos de categorías de medicamentos. Cada medicamento de la *Lista de Medicamentos* se incluye en una de las seis categorías.

Plan para Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad (Dual eligible Special Needs Plan, D-SNP): plan médico que atiende a personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Nuestro plan es un D-SNP.

Equipo médico duradero (DME): algunos artículos que su médico ordena para que usted los use en casa. Algunos ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión IV, dispositivos de asistencia para el habla, equipo y suministros de oxígeno, nebulizadores y andadores.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted u otra persona prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida o grave deterioro de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una condición médica que empeora rápidamente.



Atención de emergencia: servicios cubiertos prestados por un proveedor capacitado para proporcionar servicios de emergencia, y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud conductual.

Inscripción: el proceso de comenzar su membresía en nuestro plan. Puede ser voluntario (su propia elección) o pasivo (la membresía es asignada).

Excepción: permiso para obtener cobertura en el caso de un medicamento que, por lo general, no tiene cobertura, o bien para utilizar el medicamento sin determinadas reglas y limitaciones.

Explicación de beneficios (EOB): un informe para ayudarle a entender y hacer un seguimiento de sus pagos por sus medicamentos recetados de la Parte D. El informe le indica la suma total que nosotros u otros en su nombre han pagado por los medicamentos recetados durante el mes. Llame al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar su Explicación de Beneficios.

Servicios excluidos: servicios que este plan médico no cubre.

“Ayuda Extra” (Extra Help): programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir sus costos de los medicamentos de Medicare Part D, como primas, deducibles y copagos. “Ayuda Extra” (Extra Help) se lo conoce también como “Subsidio por bajos ingresos” o “LIS”.

Formulario: vea la “Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)”.

Fraude, derroche y abuso:

- **Fraude:** acto injusto o ilegal llevado a cabo con la intención de obtener algo de valor de manera ilegal.
- **Derroche:** prácticas que conducen a costos innecesarios y menor calidad de la atención.
- **Abuso:** prácticas del proveedor o del miembro que llevan a costos innecesarios para los programas de Medicaid o Medicare. También podría llevar al pago de servicios que no cumplen con los estándares profesionales reconocidos para la atención médica.

Medicamento genérico: un medicamento aprobado por la FDA para usarse en lugar de un medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene los mismos ingredientes que un medicamento de marca. Por lo general, es más barato y funciona tan bien como el medicamento de marca.

Reclamo: un reclamo que usted hace acerca de nosotros o acerca de alguno de los proveedores o farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja acerca de la calidad de su atención o la calidad del servicio proporcionados por su plan médico.

Plan médico: una organización compuesta por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo y otros proveedores. También tiene Coordinadores de Cuidados para ayudarle a gestionar todos sus proveedores y servicios. Todos trabajan en forma conjunta para proporcionar la atención que usted necesita.

Evaluación de riesgos para la salud (Health Risk Assessment, HRA): una revisión de su historial médico y su condición actual. Se utiliza para conocer su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Servicios para el hogar y la comunidad: ver “Servicios y Apoyo a Largo Plazo (Long-term services and supports, LTSS)”.



Asistente de atención médica domiciliaria: una persona que proporciona servicios que no requieren de la capacitación de un terapeuta o enfermera autorizados, como ayuda para el cuidado personal (por ejemplo bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios indicados). Los asistentes de atención médica domiciliaria no tienen licencia de enfermería ni proporcionan tratamiento.

Cuidados paliativos: un programa de atención y apoyo para ayudar a personas que tienen un pronóstico terminal a mejorar su calidad de vida. Un pronóstico terminal significa que una persona ha sido certificada médicamente con un pronóstico terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos.

- Un miembro que tenga un pronóstico terminal tiene el derecho de elegir cuidados paliativos.
- Un equipo de profesionales y cuidadores especialmente capacitado brinda cuidado para la persona en su totalidad, incluidas sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Debemos proporcionarle una lista de proveedores de cuidados paliativos disponibles en su área.

Facturación inapropiada: una situación en la que un proveedor (como un hospital o un médico) factura por servicios a un paciente una cantidad mayor que nuestra distribución de costos. Llame al Departamento de Servicios para Miembros si recibe alguna factura que **no** entiende. Puesto que pagamos todo el costo de sus servicios, no debe abonar nada por distribución de costos. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO): una organización independiente contratada por Medicare que revisa una Apelación de Nivel 2. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si nuestra decisión es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es **Entidad de Revisión Independiente**.

Plan de atención individualizado (ICP): un plan para los servicios que usted obtendrá y cómo los obtendrá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual, así como servicios y apoyos a largo plazo. Su plan puede incluir los servicios para:

- Necesidades médicas
- Salud conductual
- Servicios y apoyos a largo plazo

Paciente hospitalizado: un término que se utiliza cuando usted es internado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si usted no fue admitido formalmente, aún podría considerarse un paciente ambulatorio y no un paciente hospitalizado, aunque pase la noche en el hospital.

Equipo de atención interdisciplinaria (ICT o Equipo de atención): un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeras, consejeros y otros profesionales de la salud que están para ayudarle a recibir la atención que necesita. Su equipo de atención le ayudará a hacer un plan de cuidado.

Integrated D-SNP: un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid bajo un solo plan médico para ciertos grupos de personas



elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. A estas personas se las conoce como personas con doble elegibilidad con beneficios completos.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede ser sustituido en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de medicamentos): una lista de medicamentos recetados y de venta libre (Over-The-Counter, OTC) que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La *Lista de Medicamentos* le dice si hay reglas que debe seguir para obtener sus medicamentos. La *Lista de Medicamentos* a veces se llama “formulario”.

Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS): los servicios y apoyo a largo plazo son servicios que ayudan a mejorar una condición médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a permanecer en su hogar para que no tenga que ir a un centro de enfermería o un hospital. Los LTSS incluyen Servicios de la Comunidad y Centros de Enfermería (Nursing Facilities, NF).

Subsidio por bajos ingresos (Low-Income Subsidy, LIS): consulte “Ayuda Extra” (Extra Help).

Medicaid: Este es el nombre del programa Medicaid de Ohio. Medicaid es operado por el estado y pagado por el estado y el gobierno federal. Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por servicios y asistencia a largo plazo, salud conductual y costos médicos.

- Cubre servicios y algunos medicamentos adicionales que no tienen cobertura por Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica se encuentran cubiertos si usted reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.

Medicaid (o Medical Assistance): un programa operado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar por servicios y apoyos a largo plazo y costos médicos.

Renovación de Medicaid: el proceso de confirmación de su elegibilidad para continuar recibiendo los beneficios de Medicaid. Debe completar su renovación de Medicaid cada 12 meses o puede perder su cobertura de Medicaid. Consulte el **Capítulo 2** para obtener más información sobre cómo renovar la cobertura de Medicaid.

Medicamento necesario: describe servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para evitar, diagnosticar o tratar una condición médica o mantener su estado actual de salud. Esto incluye cuidados que eviten su ingreso a un hospital o centro de enfermería. También se refiere a servicios, suministros o medicamentos que cumplen los niveles aceptados de práctica médica.

Medicare: el programa de seguro médico federal para personas de 65 años o mayores, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen de enfermedad renal en etapa terminal (por lo general, esto significa aquellos que tienen insuficiencia renal permanente y necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Medicare Original o un plan de atención médica administrada (consulte “Plan médico”).



Medicare Advantage: Un programa de Medicare, también conocido como la “Medicare Part C” o “MA”, que ofrece planes MA a través de empresas privadas. Medicare paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): un consejo que revisa una Apelación de Nivel 4. El Consejo es parte del gobierno federal.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por Medicare Part A y Medicare Part B. Todos los planes médicos de Medicare, inclusive nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por Medicare Part A y Medicare Part B.

Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP): programa estructurado de cambio de comportamiento que brinda capacitación en cambios alimentarios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias para superar desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Miembro de Medicare-Medicaid: una persona elegible para cobertura de Medicare y de Medicaid. Un miembro a Medicare-Medicaid también se llama “individuo con doble elegibilidad”.

Medicare Part A: el programa de Medicare que cubre la mayor parte de la atención médicamente necesaria en el hospital, centro de enfermería especializada, atención médica domiciliaria y centro de cuidados paliativos.

Medicare Part B: el programa de Medicare que cubre los servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y consultas médicas) y los suministros (como sillas de ruedas y andadores) que sean médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. Medicare Part B también cubre muchos servicios preventivos y exámenes de detección. Estas incluyen:

- Análisis de laboratorio.
- Cirugías
- Consultas al médico
- Exámenes preventivos
- Equipo médico duradero como sillas de ruedas y andadores
- Servicios de ambulancia
- Consultas de salud conductual
- Segundas opiniones
- Medicamentos recetados limitados para pacientes ambulatorios

Medicare Part C: el programa de Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “MA”, que permite a las compañías privadas de seguros médicos proporcionar beneficios de Medicare a través de un Plan MA.

Medicare Part D: el programa de beneficios de medicamentos de Medicare. Llamamos a este programa “Parte D” para abreviar. Medicare Part D cubre medicamentos, vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no tienen cobertura de Medicare Part A, Medicare Part B, ni de Medicaid. Nuestro plan incluye Medicare Part D:



- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios
- Vacunas
- Algunos suministros que no están cubiertos por las partes A y B o Medicaid

Medicamentos de Medicare Part D: medicamentos cubiertos por Medicare Part D. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de Medicare Part D. Medicaid puede cubrir algunos de estos medicamentos.

Administración de la terapia con medicamentos (MTM): un programa de Medicare Part D para necesidades de salud complejas que se brinda a personas que cumplen con ciertos requisitos o están en un Programa de Manejo de Medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos. Consulte el **Capítulo 5** de este *Manual del Miembro* para obtener más información.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona que tiene Medicare y Medicaid y es elegible para obtener servicios cubiertos, que está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) y por el estado.

Manual del Miembro e Información de Divulgación: Este documento, junto con su formulario de inscripción y todos los anexos o cláusulas que explican su cobertura, nuestras responsabilidades, sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Departamento de Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan, responsable de responder a sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* para obtener más información acerca del Departamento de Servicios para Miembros.

Modelo de atención médica: un término para la forma en la que nos ocupamos de nuestros miembros. Asegura que nuestros miembros reciban el cuidado apropiado, en el entorno adecuado y en el momento correcto.

MyCare Ohio: un programa que le proporciona sus beneficios de Medicare y Medicaid juntos en un solo plan médico. Tiene una tarjeta de identificación para todos sus beneficios.

Farmacia de la red: una farmacia (droguería) que ha aceptado surtir recetas médicas a miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque aceptaron trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos las recetas médicas solo si se surten en una de las farmacias de la red.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para médicos, enfermeras y otras personas que le dan a usted servicios y atención médica. El término también incluye hospitales, agencias de atención médica domiciliaria, clínicas y otros lugares que le dan a usted servicios de atención médica, equipo médico, así como servicios y apoyos a largo plazo.

- Están autorizados o certificados por Medicare y el estado para proporcionar servicios de atención médica.



- Los llamamos “proveedores de la red” cuando aceptan trabajar con nuestro plan médico, aceptan nuestro pago y no cobran a los miembros una suma adicional.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá utilizar los proveedores de la red para obtener los servicios cubiertos. A los proveedores de la red también se los llama “proveedores del plan”.

Hogar para personas mayores o centro de enfermería: un lugar que brinda cuidados a las personas que no pueden recibirlos en su hogar pero que no necesitan estar en el hospital.

Departamento de Medicaid de Ohio (Ohio Department of Medicaid, ODM): la agencia gubernamental del estado de Ohio a cargo de Medicaid. En el **Capítulo 2** se explica cómo puede comunicarse con el ODM.

Línea directa de Ohio Medicaid: los consumidores pueden llamar a este número para hacer preguntas sobre cómo solicitar Medicaid, qué cubre Medicaid y para inscribirse en un plan médico. Llame al (800) 324-8680, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m. o los sábados de 8 a.m. a 5 p.m.

Mediador: una oficina en su estado que trabaja como defensor en su nombre. Puede responder preguntas si tiene un problema o queja y puede ayudarlo a entender qué hacer. Los servicios del defensor son gratis. Puede encontrar más información en los **Capítulos 2 y 9** de este *Manual del Miembro*.

Determinación de la organización: el plan toma una determinación de organización cuando nosotros o uno de nuestros proveedores toman una decisión acerca de si los servicios tienen cobertura o cuánto debe pagar por los servicios cubiertos. Las determinaciones de organización se denominan “decisiones de cobertura”. En el **Capítulo 9** de este *Manual del Miembro*, se explican las decisiones de cobertura.

Producto biológico original: producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y que sirve de comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de cobro por servicio): el gobierno ofrece Medicare Original. Bajo Medicare Original, sus servicios están cubiertos mediante el pago de las cantidades que determina el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica.

- Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Medicare Original tiene dos partes: Medicare Part A (seguro de hospital) y Medicare Part B (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en todos los Estados Unidos.
- Si no quiere estar en nuestro plan, puede elegir Medicare Original.

Farmacia fuera de la red: una farmacia no contratada por nuestro plan para coordinar o proveer medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que usted obtiene en las farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Proveedor fuera de la red o Centro fuera de la red: un proveedor o centro que no es nuestro empleado, ni de nuestra propiedad, ni es operado por nuestro plan y no está contratado para proporcionar



servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. En el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro*, se proporciona una explicación acerca de los centros o proveedores fuera de la red.

Gastos de su bolsillo: el requisito de distribución de costos en el que los miembros pagan parte de los servicios o medicamentos que obtienen también se denomina requisito de “gastos de su bolsillo”. Consulte la definición de “distribución de costos” arriba.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro que brinda cirugías sencillas para las personas que no necesitan atención hospitalaria o estancias extendidas. No se espera que los pacientes necesiten más de 24 horas de cuidado.

Medicamentos de venta libre (OTC): los medicamentos de venta libre son medicamentos o medicinas que una persona puede comprar sin una receta de un profesional de atención médica.

Parte A: consulte la “Medicare Part A”.

Parte B: consulte “Medicare Part B”.

Parte C: consulte la “Medicare Part C”.

Parte D: consulte la “Medicare Part D”.

Medicamentos de la Parte D: consulte “Medicamentos de Medicare Part D”.

Información médica personal (también llamada información médica protegida [Protected Health Information, PHI]): información acerca de usted y su salud, como su nombre, dirección, número de seguro social, visitas al médico e historia médica. Consulte nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad para obtener más información sobre cómo protegemos, utilizamos y divulgamos su PHI y sobre sus derechos con respecto a esta.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir enfermedades o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen exámenes de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP): el médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que reciba el cuidado que necesita para mantenerse saludable.

- Esta persona también puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su cuidado y le deriva a ellos.
- En muchos planes médicos de Medicare, usted debe ver primero a su proveedor de atención primaria antes de acudir a cualquier otro proveedor de atención médica.
- Consulte el **Capítulo 3** de este *Manual del Miembro* para obtener más información acerca de cómo recibir atención de proveedores de atención primaria.

Autorización previa (Prior Authorization, PA): la aprobación que debe recibir de nosotros antes de recibir un servicio o medicamento específico, o de consultar a un proveedor fuera de la red. Nuestro plan podría no cubrir el servicio o el medicamento si usted no recibe primero esta aprobación.



Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra autorización previa (PA).

- Los servicios cubiertos que necesitan PA de nuestro plan están señalados en el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro*.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solo si usted obtiene nuestra autorización previa (PA).

- Los medicamentos cubiertos que necesitan de PA de nuestro plan están marcados en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* y las reglas están publicadas en el sitio web.

Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido (Program for All-Inclusive Care for the Elderly, PACE): un programa que cubre beneficios Medicare y Medicaid en conjunto para personas de 55 años o más que necesitan un nivel de atención superior para vivir en casa.

Elementos protésicos y ortésicos: dispositivos médicos que ordena su médico u otro proveedor de atención médica, que incluyen, sin limitación, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o una función del cuerpo, incluidos suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor: el término que usamos para médicos, enfermeras y otras personas que le ofrecen servicios y cuidados. También incluye hospitales, agencias de atención médica domiciliaria, clínicas y otros lugares que ofrecen servicios médicos, equipo médico, y servicios y apoyos a largo plazo.

Directorio de Proveedores y Farmacias: una lista de médicos, instalaciones u otros proveedores que usted puede ver como miembro de Molina Dual Options MyCare Ohio. Esta lista incluye las farmacias que usted puede usar para recibir sus medicamentos recetados. El **Capítulo 1** contiene más información sobre el *Directorio de Proveedores y Farmacias*, lo que incluye cómo ver la lista o cómo obtener una copia impresa.

Organización de Mejoramiento de Calidad (Quality Improvement Organization, QIO): un grupo de médicos y otros expertos en atención médica que ayudan a mejorar la calidad de la atención de personas con Medicare. El Gobierno federal paga la QIO para controlar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes. Consulte el **Capítulo 2** de este *Manual del Miembro* para obtener información sobre la QIO.

Límites de cantidades: un límite en la cantidad de un medicamento que usted puede tener. Es posible que limitemos la cantidad de medicamento que cubrimos en cada receta médica.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o aplicación informática en el que los miembros pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica sobre beneficios y medicamentos cubiertos para el miembro. Esto incluye montos de distribución de costos, medicamentos alternativos que se pueden usar para la misma condición médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Remisión: una remisión es la aprobación de su proveedor de atención primaria (PCP) para que pueda acudir a un proveedor que no sea su PCP. Si no obtiene la aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una remisión para recurrir algunos especialistas, como los



especialistas de salud de la mujer. Puede encontrar más información acerca de las remisiones en los **Capítulos 3 y 4** de este *Manual del Miembro*.

Servicios de rehabilitación: tratamiento que usted recibe para ayudarle a recuperarse de una enfermedad, accidente u operación importante. Consulte el **Capítulo 4** de este *Manual del Miembro* para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación.

Área de servicio: un área geográfica en la cual un plan médico acepta miembros, si limita la membresía según dónde viven las personas. En el caso de planes que restringen la lista de médicos y hospitales a los que puede acudir, generalmente, es el área en la que puede obtener servicios de rutina (servicios que no se consideren de emergencia). Solo las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Centro de enfermería especializada (SNF): un centro de enfermería con personal y equipo que da atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios médicos relacionados.

Atención en centros de enfermería especializada (SNF): servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada suministrados de forma continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en centros de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que puede aplicar una enfermera registrada o un médico.

Especialista: un médico que provee servicios de atención médica para una enfermedad específica o parte del cuerpo.

Audiencia estatal: si su médico u otro proveedor solicitan un servicio de Medicaid que no aprobamos o si no continuamos pagando por un servicio de Medicaid que ya tiene, puede solicitar una Audiencia Estatal. Si la Audiencia Estatal toma una decisión a su favor, tendremos que proporcionarle el servicio que solicitó.

Terapia escalonada: una regla de cobertura que le exige a usted que primero pruebe otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que está pidiendo.

Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitados, ciegos o tienen 65 años o más de edad. Los beneficios SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Telemedicina (cuidado virtual): atención que recibe en línea, a través de la app móvil o por teléfono. Los miembros pueden consultar a proveedores médicos y de salud conductual para muchas enfermedades y lesiones. Consulte el **Capítulo 4** para obtener información adicional acerca de la telemedicina

Atención médica requerida urgentemente: atención que usted obtiene por una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es una emergencia pero que requiere atención inmediata. Puede recibir atención médica requerida urgentemente de proveedores fuera de la red cuando usted no puede acceder a ellos, porque, dadas sus circunstancias, el momento o el lugar, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando está fuera del área de servicio del



plan y necesita servicios inmediatos médicamente necesarios para una afección imprevisible, pero que no es una emergencia médica).

Coordinador de Servicios de Exención: si usted es elegible para los Servicios de Exención, tendrá a su disposición un Coordinador de Servicios de Exención. Esta persona lo ayudará a crear un Plan de Servicios de Exención que identifique todas sus necesidades de servicios. Luego, esta persona se asegurará de que se siga el plan.

Notice of Availability

We offer free interpreter and translation services to help you understand your health or drug plan. This includes help from someone who speaks your language.

We also provide free aids and services—such as sign language interpreters and written materials in alternative formats—to ensure everyone can access the information they need. To request these services, please call Member Services at (855) 665-4623 (TTY 711) Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m., local time.

English

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call (855) 665-4623 (TTY 711) or speak to your provider.

Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos para asistirle en su idioma. También dispone de ayudas y servicios auxiliares gratuitos para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al (855) 665-4623 o hable con su proveedor.

Russian

ВНИМАНИЕ! Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также бесплатны. Позвоните по номеру (855) 665-4623 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Haitian Creole

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksèsib yo disponib gratis tou. Rele nimewo (855) 665-4623 (TTY 711) oswa pale ak pwofesyonèl swen sante ou a.

Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تكون خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجاناً. كما تتوفر أدوات مساعدة وخدمات إضافية مناسبة لتوفير المعلومات بصيغ يمكن الوصول إليها من دون أية تكلفة. اتصل بـ (855) 665-4623 (TTY 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمات.

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés sont également mis à votre disposition gratuitement pour vous fournir les informations dans des formats accessibles. Appelez le (855) 665-4623 (TTY : 711) ou adressez-vous à votre prestataire.

Vietnamese

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Ngoài ra, chúng tôi còn có các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ khác phù hợp, hoàn toàn miễn phí để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ sử dụng. Vui lòng gọi đến số (855) 665-4623 (TTY 711) hoặc trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.

Somali

Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada caawimaada luuqada oo bilaash ah ayaad heli kartaa. Agabka kaalmaatiga oo sax ah iyo adeegyada xogta ku bixiya qaab la heli karo ayaa sidoo kale lagu heli karaa lacag la'aan. Wac (855) 665-4623 (TTY 711) ama la hadal dhakhtarkaaga.

Ukrainian

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби й послуги з надання інформації в доступних форматах також пропонуються безкоштовно. Зателефонуйте на номер (855) 665-4623 (TTY: 711) або зверніться до свого постачальника послуг.

Swahili

KUMBUKA: Ikiwa wewe huzungumza Kiswahili, msaada na huduma za lugha bila malipo unapatikana kwako. Vifaa vya usaidizi vinavyofaa na huduma bila malipo ili kutoa taarifa katika mifumo inayofikiwa zinapatikana pia bila malipo. Piga simu ukitumia (855) 665-4623 (TTY 711) au zungumza na mtoa huduma wako.

Dari

توجه: اگر شما به زبان دری صحبت می کنید، خدمات کمک زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. کمک ها و خدمات کمکی مناسب برای فراهم ساختن معلومات در فارمت های قابل دسترس همچنان بصورت رایگان موجود است. با (855) 665-4623 (TTY 711) تماس بگیرید یا با فراهم کننده خود صحبت کنید.

Pashto

پاملرنه: که تاسو په پښتو ژبه باندې خبرې کوئ، نو د ژبې وړیا مرستې خدمات ستاسو لپاره شتون لري. مناسب مرستندویه مرستې او خدمات چې د لاسرسي وړ بڼو کې معلومات چمتو کوي هم وړیا شتون لري. (855) 665-4623 (TTY 711) ته زنگ ووهئ یا له خپل چمتو کونکي سره خبرې وکړئ.

Kinyarwanda

ICYOTONDERWA: Niba uvuga Ikinyarwanda, serivisi z'ubufasha mu ndimi wazihabwa. Serivisi n'inyunganirakumva zitangwa mu buryo bwose zitangwa ku buntu. Hamaraga (855) 665-4623 (TTY 711) cyangwa uvugane n'uguha serivisi.

Tigrinya

አቋልቦ፤ ትግርኛ ትዛረቡ እንተኾይንኩም፣ ናይ ቋንቋ ሓገዝ አገልግሎት ብናጻ ይርከብ። ብተበጸሒ ቅርጺ ሓበሬታ ንምቕራብ ዘድሊ ሓገዝቲ ሓገዛትን አገልግሎታትን እውን ብናጻ ይርከብ። ናብ (855) 665-4623 (TTY 711) ደውሉ ወይ ምስ ወገኒ አገልግሎትኩም ተዘራረቡ።

Uzbek

DIQQAT: Agar o'zbek tilida gaplashsangiz, sizga bepul til yordami xizmatlari taqdim etiladi. Ma'lumotlarni qulay formatlarda taqdim etish uchun kerakli yordamchi vositalar va xizmatlar ham bepul taqdim etiladi. (855) 665-4623 (TTY 711) raqamiga qo'ng'iroq qiling yoki o'z davolovchi shifokoringizga murojaat eting.

Nepali

सावधान: तपाईं अङ्ग्रेजी बोल्नुहुन्छ भने, निःशुल्क भाषा सहायता सेवाहरू तपाईंका लागि उपलब्ध छन्। उपयुक्त सहायक उपकरण र सेवाहरू पनि जानकारी प्रदान गर्न पहुँचयोग्य ढाँचामा निःशुल्क उपलब्ध छन्। (855) 665-4623 (TTY 711) मा कल गर्नुहोस् वा आफ्नो प्रदायकसँग कुरा गर्नुहोस्।

Información adicional importante sobre la atención médica y los recursos para miembros

- [Aviso de Prácticas de Privacidad \(NPP\)](#)

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD MOLINA HEALTHCARE OF OHIO



Department of
Medicaid
Next Generation MyCare

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO ATENTAMENTE.

Molina Healthcare of Ohio, Inc. (“Molina Healthcare”, “Molina”, “nosotros” o “nuestro”) usa y comparte información médica protegida sobre usted para brindarle sus beneficios de salud. Usamos y compartimos su información para realizar tratamientos, pagos y funciones de atención médica. Además, usamos y compartimos su información por otras razones, según lo que permite y exige la ley. Tenemos el deber de mantener su información médica en privado y cumplir con los términos de esta Notificación. La fecha de vigencia de este aviso es el 1 de enero de 2026.

PHI significa información médica protegida. La PHI es información médica que incluye su nombre, número de miembro u otros identificadores y es usada o compartida por Molina. La PHI incluye información médica sobre trastornos por uso de sustancias e información biométrica (como una huella de voz).

¿Por qué Molina utiliza o comparte su PHI?

Usamos o compartimos su PHI para brindarle beneficios de atención médica. Su PHI se usa o comparte para tratamientos, pagos y funciones de atención médica.

Para tratamientos

Molina puede usar o compartir su PHI para brindarle o facilitar su atención médica. Este tratamiento también incluye remisiones entre sus médicos u otros proveedores de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre su afección con un especialista. Esto ayuda a que el especialista converse acerca del tratamiento con su médico.

Para pagos

Molina puede utilizar o compartir su PHI para tomar decisiones con respecto a pagos. Esto puede incluir quejas, autorizaciones para tratamientos y decisiones sobre necesidades médicas. Es posible que en la factura aparezca su nombre, afección, tratamiento y suministros utilizados. Por ejemplo, podemos informarle a un médico que usted cuenta con nuestros beneficios. Asimismo, le informaríamos al médico la cantidad de la factura que nosotros pagaríamos.

Para funciones de atención médica

Molina puede usar o compartir PHI sobre usted para implementar nuestro plan médico. Por ejemplo, podemos usar la información de su reclamación para informarle acerca de un programa de salud que pudiera ayudarle. También podemos usar o compartir su PHI para resolver inquietudes de los miembros. Su PHI también se puede utilizar para asegurar que se paguen los reclamos correctamente.

Vigente a partir del 1 de enero de 2026

MHO-MYOI-0004

0725

Las funciones de atención médica implican diversas necesidades de actividades diarias. Esto incluye, entre otras cosas, lo siguiente:

- Mejorar la calidad;
- Realizar acciones en programas de salud para ayudar a miembros con ciertas afecciones (como asma);
- Realizar o facilitar revisiones médicas;
- Brindar servicios legales, que incluyen la detección de fraude y abuso y los programas de enjuiciamiento;
- Realizar acciones que nos permiten cumplir con la ley;
- Satisfacer las necesidades de los miembros, entre las que se incluyen la solución de reclamos y quejas.

Compartiremos su PHI con otras compañías (“**asociados comerciales**”) que llevan a cabo diferentes tipos de actividades para nuestro plan médico. Es posible que también usemos su PHI para recordarle sus citas. Podemos usar su PHI para darle información sobre otro tratamiento u otros servicios y beneficios relacionados con su salud.

¿Cuándo podemos usar o compartir su PHI sin obtener una autorización (aprobación) por escrito de su parte?

Además de los tratamientos, los pagos y las funciones de atención médica, la ley permite o requiere que Molina utilice y comparta su PHI para diversos fines, que incluyen lo siguiente:

Requisitos legales

Usaremos o compartiremos información sobre usted según lo requiera la ley. Compartiremos su PHI cuando así lo requiera el Secretario del Department of Health and Human Services (HHS). Esto puede incluir un proceso judicial, otra revisión legal, o cuando se requiera para el cumplimiento de la ley.

Salud pública

Su PHI se puede utilizar o compartir para actividades de salud pública. Esto puede incluir ayudar a las agencias de salud pública a prevenir o controlar enfermedades.

Supervisión de la atención médica

Su PHI puede ser utilizada o compartida con agencias gubernamentales. Estas pueden requerir su PHI para realizar auditorías.

Investigación

Su PHI puede usarse o compartirse para investigación en ciertos casos, como cuando se aprueba por una comisión revisora institucional o de privacidad.

Procedimientos legales o administrativos

Su PHI puede usarse o compartirse para procedimientos legales, como en respuesta a una orden judicial.

Vigente a partir del 1 de enero de 2026

MHO-MYOI-0004

0725

Cumplimiento de la ley

Su PHI puede usarse o compartirse con la policía con el fin de hacer cumplir la ley, como para ayudar a encontrar a un sospechoso, a un testigo o a una persona perdida.

Salud y seguridad

Se puede compartir su PHI para prevenir una amenaza grave a la salud o la seguridad pública.

Funciones gubernamentales

Se puede compartir su PHI con el gobierno para funciones especiales.

Víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica

Su PHI se puede compartir con las autoridades legales si creemos que una persona es víctima de abuso o abandono.

Indemnización al trabajador

Su PHI se puede utilizar o compartir para obedecer leyes de indemnización al trabajador.

Divulgación con otros fines

Su PHI puede compartirse con médicos forenses o directores de funerarias para ayudarles a cumplir con su trabajo.

Restricciones adicionales sobre el uso y divulgación.

Algunas leyes federales y estatales pueden requerir protecciones de privacidad especiales que restringen el uso y la divulgación de ciertos tipos de información médica. Dichas leyes pueden proteger los siguientes tipos de información: trastornos por consumo de alcohol y sustancias, información biométrica, abuso o negligencia de niños o adultos, incluidas agresiones sexuales, enfermedades transmisibles, información genética, VIH/SIDA, salud mental, información de menores, recetas, salud reproductiva y enfermedades de transmisión sexual. Seguiremos la ley más estricta, cuando se aplique a nosotros.

Información sobre el trastorno por abuso de sustancias (SUD).

Aunque Molina Healthcare no es un programa de tratamiento para el trastorno por abuso de sustancias según la ley federal (un "Programa SUD"), podemos recibir información de un Programa SUD sobre usted. No podemos divulgar información de SUD para su uso en un procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en su contra a menos que tengamos (i) su consentimiento por escrito o (ii) una orden judicial acompañada de una citación u otro requisito legal que obligue a la divulgación emitida después de que nosotros y usted hayamos recibido un aviso y una oportunidad de ser escuchados.

¿Cuándo necesita Molina su autorización (aprobación) por escrito para usar o compartir su PHI?

Molina necesita su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI para cualquier propósito que no se haya especificado en este aviso. Molina necesita su autorización antes de que divulguemos su PHI para lo siguiente: (1) la mayoría de usos y divulgaciones de notas de psicoterapia; (2) usos y divulgaciones para propósitos de marketing; y (3) usos y divulgaciones que involucren la venta de PHI. Usted puede cancelar una autorización por escrito que nos haya dado. Su cancelación no aplicará a las acciones que ya hayamos tomado como resultado de la autorización que nos dio.

Vigente a partir del 1 de enero de 2026

MHO-MYOI-0004

0725

¿Cuáles son sus derechos de información médica?

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Solicitar restricciones sobre los usos o las divulgaciones de la PHI (compartir su PHI)**

Usted puede pedirnos que no compartamos su PHI para realizar tratamientos, pagos o funciones de atención médica. Asimismo, puede pedir que no compartamos su PHI con familiares, amigos u otras personas designadas por usted que participen de su atención médica. No obstante, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud.

- **Solicitar comunicaciones confidenciales de la PHI**

Puede pedirle a Molina que brinde su PHI de una determinada forma y en un determinado lugar para mantener su PHI en privado. Cumpliremos con solicitudes razonables, si usted nos informa de qué manera la divulgación de la totalidad o parte de su PHI podría poner en riesgo su vida. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud.

- **Revisar y copiar su PHI**

Usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su PHI que esté en nuestro poder. Esta puede incluir registros utilizados para tomar decisiones sobre cobertura, reclamaciones y otros asuntos como miembro de Molina. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud. Podemos cobrarle un precio razonable para copiar y enviarle estos registros por correo. En ciertos casos, podemos denegar la solicitud. *Nota importante: No tenemos copias completas de su historia clínica. Si usted desea revisar, obtener una copia o modificar su historia clínica, comuníquese con su médico o clínica.*

- **Enmendar su PHI**

Usted puede solicitar enmiendas (modificaciones) a su PHI. Esto incluye solamente aquellos registros que nosotros conservamos sobre usted como miembro. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud. Puede presentar una carta de desacuerdo si rechazamos su solicitud.

- **Recibir un informe sobre la divulgación de su PHI (difusión de su PHI)**

Puede solicitar que le brindemos una lista de determinadas partes con las que hayamos compartido su PHI durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. La lista no incluirá la PHI compartida de la siguiente manera:

- Para tratamientos, pagos o funciones de atención médica;
- A personas sobre su propia PHI;
- La información compartida con su autorización;
- La información relacionada con un tipo de divulgación o uso que, de otra manera, lo permita o lo requiera la ley aplicable;
- PHI divulgada en interés de la seguridad nacional o para propósitos de inteligencia;
- Como parte de un conjunto de datos limitados, conforme a las leyes aplicables.

Vigente a partir del 1 de enero de 2026

MHO-MYOI-0004

0725

Le cobraremos una tarifa razonable por cada lista si usted la solicita más de una vez en un periodo de 12 meses. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede usar el formulario de Molina para hacer la solicitud.

Usted puede presentar cualquiera de las solicitudes antes mencionadas u obtener una copia impresa de este Aviso. Para comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina, llame al (855) 665-4623, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

¿Qué puede hacer si no se han protegido sus derechos?

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante Molina y el Departamento de Salud y Servicios Humanos (U.S. Department of Health and Human Services). No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja. Esto no afectará su atención médica ni sus beneficios en ninguna medida.

Puede presentar una queja ante nosotros en:

Molina Healthcare of Ohio
Director of Member Services
3000 Corporate Exchange Drive
Columbus, OH 43231

Teléfono: (855) 665-4623, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

Puede presentar una queja ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) a la siguiente dirección:

U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights – Centralized Case Management Operations 200 Independence Ave., S.W.
Suite 515F, HHH Building Dallas, TX 75202
(800)368-1019; (800) 537-7697 (TDD); (202) 619-3818 (FAX)

¿Cuáles son las obligaciones de Molina?

Molina debe hacer lo siguiente:

- Mantener su PHI en privado;
- Proporcionarle información por escrito, tal como el presente aviso, sobre nuestras obligaciones y prácticas de privacidad en relación con su PHI;
- Proporcionarle un aviso en caso de incumplimiento de su PHI no protegida;
- Abstenerse de usar o divulgar su información genética para propósitos de suscripciones de seguros;
- Cumplir con los términos de este aviso.

Vigente a partir del 1 de enero de 2026

MHO-MYOI-0004
0725

Este aviso está sujeto a cambios

Molina se reserva el derecho de cambiar en cualquier momento sus normas de información y las condiciones de este Aviso. Si lo hacemos, los nuevos términos y prácticas se aplicarán a toda la PHI que almacenamos. Si realizamos cualquier modificación importante, Molina publicará el aviso revisado en nuestro sitio web y enviará el aviso revisado, o bien enviará información acerca del cambio importante y de cómo obtener el aviso revisado en la siguiente correspondencia anual dirigida a nuestros miembros cubiertos en ese momento por Molina.

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la siguiente oficina:

Molina Healthcare of Ohio

Director of Member Services

3000 Corporate Exchange Drive Columbus, OH 43231

Teléfono: (855) 665-4623, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en sistema braille, audio o en letra grande. Llame al (855) 665-4623, TTY/TDD: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

Vigente a partir del 1 de enero de 2026

MHO-MYOI-0004

O725



**Department of
Medicaid**

Next Generation MyCare

Departamento de Servicios para Miembros de Molina Complete Care for MyCare Ohio

LLAME AL	(855) 665-4623 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. El Departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.
FAX	(888) 295-4761
ESCRIBA A	Molina Complete Care for MyCare Ohio PO Box 349020 Columbus, OH 43234-9020
PÁGINA WEB	MolinaHealthcare.com/Medicare